

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-777389

159507

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0305 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN

Date de naissance : 23/10/1938

Adresse :

Tél. : 0661 240 949 Total des frais engagés : 3600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chaieb Lahsen Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neurologie Rééducation Kinésithérapie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : 17/05/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partigien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/03/2023	20	10			20 x 180 = 3600

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الترويض الطبي للمعاريف
مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

**CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION**

Consultation médicale - Médecine du sport - Appareillage - Podologie
Soins de kinésithérapie - Ergothérapie - Balnéothérapie

CALENDRIER DS SEANCES DE REEDUCATION
FONCTIONNELLE PRODIGUEES

15/05/2023.

- NOM & Prénom : chaieb lahcen
- Nombre de séances: 20 séances
- Type de Soins de Rééducation Fonctionnelle : Physiothérapie, Mécanothérapie, Robotthérapie, Ondes de Choc, Laser thérapie, ESF, Proprioception, Ergothérapie, Conseils d'hygiène.
- Fréquence hebdomadaire des séances: 3s/sem- 4s/sem -5s/sem- Quotidiennes
- Date prévisionnelle de début des soins : 28/03/2023
- Date prévisionnelle de fin des soins : 15/05/23

Les RDV des soins de Rééducations ont été fixés vers :H.....

1/ 29/03 / 2023 - 2/ 30/03 / 2023 - 3/ 03/04 / 2023 - 4/ 05/04 / 2023
 5/ 07/04 / 2023 - 6/ 10/04 / 2023 - 7/ 12/04 / 2023 - 8/ 14/04 / 2023
 9/ 17/04 / 2023 - 10/ 19/04 / 2023 - 11/ 21/04 / 2023 - 12/ 24/04 / 2023
 13/ 26/04 / 2023 - 14/ 28/04 / 2023 - 15/ 02/05 / 2023
 16/ 04/05 / 2023 - 17/ 08/05 / 2023 - 18/ 10/05 / 2023 - 19/ 12/05 / 2023
 20/ 15/05 / 2023 - 21/ / 2023 - 22/ / 2023
 23/ / 2023 - 24/ / 2023 - 25/ / 2023 - 26/ / 2023
 27/ / 2023 - 28/ / 2023 - 29/ / 2023 - 30/30 / 2023

80, Rue Brahim ANNAKHAÏ (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 97 Fax.

e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma

مركز الترويض الطبي للمعاريف
مختص في الطب الفزيائي والتأهيل الوظيفي

**CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE DU MAARIF
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION**

Consultation médicale - Médecine du sport - Appareillage - Podologie
Soins de kinésithérapie - Ergothérapie - Balnéothérapie



15.05.2023

NOTE D'HONORAIRES / Réf:FR/23

Nom & Prénom : CHAIEB Lahsen

Assurance : MUPRAS

Médecin prescripteur :

Protocole thérapeutique prodigué: 20 Séssions de Réadaptation Fonctionnelle selon bilan clinique MPR, ré ajustable selon l'évolution fonctionnelle clinique du patient : soins optionistes selon protocole médical spécifique à chaque profil.


20x Kmp 10 = 20 x 180 = 3600 dh.

TOTAL = 3600 dh.


Arrêtée la présente note à la somme de: Trois mille six cents dh.

Dr. N. OUDGHIRI IDRISSE
Médecine Physique et du Sport
80, Rue Brahim Annakhai Maârif
Tél.: 05 22 23 01 71 - Fax: 05 22 23 01 97
CASABLANCA


Centre de Rééducation Fonctionnelle
80, Rue Brahim Annakhai - Casablanca
Tél.: 05 22 23 01 71 / 97
Fax: 05 22 23 01 97


N° Dossier: 159507 


N° Dossier externe:


Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: CHAIEB LAHCEN


Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 

Date de fin: 

Date de saisie: 05-05-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
10-05-2023	08-05-2023 Manuel OK POUR 20SEANCES/ORD(VOIR ORD CI-CONTRE)