

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M23-0028810

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9738 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAABA ou AZIZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2400000000 Total des frais engagés : 2400000000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN OSMANE et BEN ABDELLAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alimentation

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

31 JAN 2024

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 : 15/01/2024

Le : 15/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
du 26/12/23		12	1	10	
27/12/23		= 12	= 1	= 200	= 2400 Dhs

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Jakani El Hassane

Chirurgien spécialiste en
Traumatologie - Orthopédie

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien Médecin Interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ancien Médecin Interne des hôpitaux de Paris



د. الجكاني الحسن

طبيب أخصائي في
جراحة العظام والمفاصل

- خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- طبيب داخلي سابقاً بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

Baris France

Casablanca, le

24/12/23

Lettre de Rééducation

Nom : Mr Otman ben otman

Diagnostic : Fracture de la base de 5^{ème} métatarsien gauche + entorse de la cheville droite

CAT :

- Physiothérapie antalgique + Ergothérapie
- Récupération des amplitudes articulaires
- Renforcement musculaire
- Rééducation de la proprioception
- Travail de la marche
- Exercices d'auto rééducation

12 Séances (3/ semaine)

Cordialement

جراحة العظام والمفاصل
Dr. JAKANI El Hassane
Traumatologue-Orthopédiste
633, Rue Goulimma, 1^{er} étage, N° 04, Quartier Bourgogne
Casablanca Tel: 05 20 49 36 26

مركز الترويض الطبي للمعاريف
مختص في الطب الفزيائي والتاهيل الوظيفي

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

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



DEVIS OU DEMANDE D'ACCORD PREALABLE MALADIE

Ce document n'est pas une facture

Nom & Prénom : Mr :Otman ben otman

Assurance : MUPRAS

Médecin prescripteur :

les Soins sont prodigues dans un centre de Médecine Physique et de Réadaptation : MPR

: 12 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

12 x Kmp 10 = 12 x 200 = 2400 dh.

TOTAL = 2400 dh.

Arrêté le présent devis à la somme de: Deux mille quatre cent dh.

Je reconnaiss avoir été préalablement informé par DrN. OUDGHIRI IDRISI des bienfaits, avantages, risques et exigences thérapeutiques de mes traitements physiques et de réadaptation. Je donne mon accord pour les entamer.

Signature du Praticien

Signature du patient

مركز الترويض الطبي للمعاريف
Centre de Rééducation Fonctionnelle de Maârif
80, Rue Brahim Annakhai - Casablanca
Tél : 0522 23 01 71 / 87
Fax : 0522 23 01 07

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

Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08

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

مركز الترويض الطبي للمعاريف
مختص في الطب الفزيائي والتاهيل الوظيفي

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

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



29.12.2023

NOTE D'HONORAIRES / Réf:

Nom & Prénom : Mr Otmane BENOTMANE

Assurance :

Médecin prescripteur :

Protocole thérapeutique prodigué: 12 Sessions 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.

Fracture du pied gauche , associée à une entorse du pied droit

12x Kmp 10 = 12 x 200 = 2400 dh.

TOTAL = 2400 dh.

Arrêtée la présente note à la somme de: Deux mille quatre cent dh.

Dr. N. OUDGHIRI IDRISI
Médecine Physique et du Sport
80, Rue Brahim Annakhaï Maârif
Tél: 05 22 23 01 71-Fax: 05 22 23 01 72
CASABLANCA

مركز الترويض الطبي للمعاريف
Centre de Rééducation Fonctionnelle du Maârif
80, Rue Brahim Annakhaï - Casablanca
Tél : 05 22 23 01 71 / 97
Fax : 05 22 23 01 97

80, Rue Brahim ANNAKHAI (EX. : Mont Cinto) Maârif - Casablanca
Tél. : (212) 22 23 01 71 / 23 01 37 - Fax. : (212) 22 23 02 08
e-mail.: oudghiri.nordin@iam.ma - Site Web.: www.crfm.ma

مركز الترويض الطبي للمعابير
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 DES SEANCES DE REEDUCATION
FONCTIONNELLE PRODIGUEES**

Le 03.12.2023

- NOM & Prénom : N. OUDGHIRI BEN OTTAN
- Nombre de séances: 12
- Type de Soins de Rééducation Fonctionnelle : Physiothérapie, Mécanothérapie, Robothérapie, Ondes de Choc, Laser thérapie, ESF, Proprioception, Ergothérapie, Conseils d'hygiène.
- Fréquence hébdomadaire des séances: 3s/sem- 4s/sem -5s/sem- Qotidiennes
- Date prévisionnelle de début des soins : 06/12/2023
- Date prévisionnelle de fin des soins : 30/12/2023

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

1/12/2023 - 2/12/2023 - 3/12/2023 - 4/12/2023

5/12/2023 - 6/12/2023 - 7/12/2023 - 8/12/2023

9/12/2023 - 10/12/2023 - 11/12/2023 - 12/12/2023

13/12/2023 - 14/12/2023 - 15/12/2023

16/12/2023 - 17/12/2023 - 18/12/2023 - 19/12/2023

20/12/2023 - 21/12/2023 - 22/12/2023

23/12/2023 - 24/12/2023 - 25/12/2023 - 26/12/2023

27/12/2023 - 28/12/2023 - 29/12/2023

80, Rue Brahim ANNAKHAI (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

Centre de Reéducation Fonctionnelle du
80, Rue Brahim Annakhaï
Tél : 0522 23 01 71 / 97
Fax : 05 22 23 01 97

CHAABAoui AZIZA

De: pec_mup@mupras.com
Envoyé: mercredi 13 décembre 2023 14:24
À: CHAABAoui AZIZA
Objet: ACCORD DENTAIRE

Bonjour , nous vous informons que votre demande accord rééducation est accordé pour 12 séance .

merci



**MUPRAS**MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 06/11/2023

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 9738

N° de poste: 2915

Nom et Prénom de l'adhérent: CHAABAOUI AZIZA

N°Tél bureau: 0661091272

Nom et Prénom du bénéficiaire: BENASHAR BEN HAMID

N°Tél domicile:

A remplir par le praticien

Je soussigné: OUDGHINI IDRIS et du Sport

Estime que l'état de santé de M^{le}, M^{me}, M: Othmane BEN OTHMAN

Nécessite 12 semaines de réadaptation fonctionnelle

Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient)

12 x K_{mp} = 12 x 200,00 = 2400,00 MAD

Une hospitalisation de : (Approximatif)

A: (préciser l'établissement hospitalier)

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

entorse de la cheville droite + fract. tibia du 5^{me} métatarsien

du pied gauche

cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision:

.....

.....

.....

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIEGE SOCIAL: AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél: 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax: 022 91-26-52

E-mail : Mupras@royalairmaroc.com