

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0028810

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9938 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAABA ou AZIZA  
Date de naissance : 18/05/72  
Adresse :  
Tél : Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BEN Othmane cotton Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Appareil dentaire  
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 : MSA Le : 18/01/24  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

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

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

### 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 Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM

du 08/12/23  
à 28/12/23

12 K 4 10  
= 12 x 200 =

24.000 Dhs

Centre de Rééducation Fonctionnelle de  
80, Rue Branim Antanahay - Casablanca  
Tél : 0522 23 01 71 / 97  
Fax : 0522 23 01 97

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

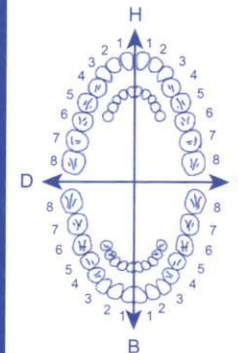
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

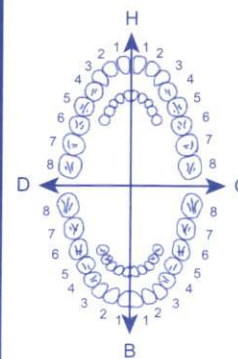
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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 سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

- طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس فرنسا

Casablanca, le

24/12/23

## **Lettre de Rééducation**

**Nom : Mr Otman ben otman**

**Diagnostic : Fracture de la base de 5<sup>ème</sup> 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**

Dr. JAKANI El Hassane  
جراح العظام والمفاصل  
Traumatologue-Orthopédiste  
633- Rue Goulmima, 1<sup>er</sup> étage, N°04, Quartier Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 20 49 26 26

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



06.12.2023

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 prodigués dans un centre de Médecine Physique et de Réadaptation : MPR

: 12 Séances de Réadaptation et actes fonctionnels :

selon bilans, avec protocole thérapeutique approprié.

$12 \times \text{Kmp } 10 = 12 \times 200 = 2400 \text{ dh.}$

TOTAL = 2400 dh.

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

Je reconnais avoir été préalablement informé par DrN. OUDGHIRI IDRISSE 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 Maarif  
80, Rue Brahim Annakhal - Casablanca  
Tél : 0522 23 01 71 / 97  
Fax : 0522 23 01 97

80, Rue Brahim ANNAKHAL (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 والتأهيل 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 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.

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

مركز الترويض الطبي للمعاريف  
Centre de Rééducation Fonctionnelle de Maarif  
80, Rue Brahim Annakhai - Casablanca  
Tél : 0522 23 01 71 / 97  
Fax : 05 22 23 01 97

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

Le 08/12/2023

- NOM & Prénom : Al'otmane BENVOTANE
- Nombre de séances: 12
- Type de Soins de Rééducation Fonctionnelle : Physiothérapie, Mécanothérapie, Robotothérapie, 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 : 06/12/2023
- Date ~~prévisionnelle~~ de fin des soins : 30/12/2023

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

1/ 06/12/2023 - 2/ 08/12/2023 - 3/ 11/12/2023 - 4/ 13/12/2023  
5/ 15/12/2023 - 6/ 18/12/2023 - 7/ 20/12/2023 - 8/ 22/12/2023  
9/ 25/12/2023 - 10/ 27/12/2023 - 11/ 28/12/2023 - 12/ 30/12/2023  
13/ ..... / ..... / 202... - 14/ ..... / ..... / 202... - 15/ ..... / ..... / 202...  
16/ ..... / ..... / 202... - 17/ ..... / ..... / 202... - 18/ ..... / ..... / 202... - 19/ ..... / ..... / 202...  
20/ ..... / ..... / 202... - 21/ ..... / ..... / 202... - 22/ ..... / ..... / 202...  
23/ ..... / ..... / 202... - 24/ ..... / ..... / 202... - 25/ ..... / ..... / 202... - 26/ ..... / ..... / 202...  
27/ ..... / ..... / 202... - 28/ ..... / ..... / 202... - 29/ ..... / ..... / 202... - 30/ 30/12/2023

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

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

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

## 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 Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification  
11550013

**Service Prise en charge**

📞 **Fixe : +212 522 204 545 LG**

✉ **pec@mupras.com**

🌐 **www.mupras.com**

*MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger*

Siège Social : Centre d'affaire Atlas Ben Abdellah, 48, Angle rue Atlas Benabdellah et rue Mohammed Fakir 8ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contact@mupras.com

 **/MUPRASRAM**





**MUPRAS**

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

le 06/11/23...

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 9738

N° de poste: 2915

Nom et Prénom de l'adhérent: CHABBAOU: AZIZA

N°Tél bureau: 0667091272

Nom et Prénom du bénéficiaire: BENSHANE OTMANE

N°Tél domicile:

A remplir par le praticien

Je soussigné: OUDOHOU IDRISSI

Estime que l'état de santé de M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M: Otman BEN OTMANE

Nécessite: 19 séances de rééducation fonctionnelle

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

12 x Kmp10 = 12 x 20,00 = 240,00 MAF

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 + fracture tibia du 5<sup>e</sup> 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