

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-656768

143207

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01539

Société : Royale Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : ABBADA ZAHRA

Date de naissance : 12/07/1974

Adresse : Lot Nafda n°737 Dhanid Nafakel

Tél. : 0666-276349

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BAJI Khalid
Cardiologue
183 Av. Mohamed V - Gueliz
Marrakech - Tel. 05 24 47 88 18

Date de consultation : 02 FEV 2023

Nom et prénom du malade : ABBADA ZAHRA

Age : 48

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : R.N / AVC

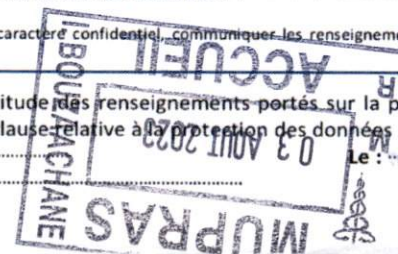
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


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 :


Signature de l'adhérent(e) :

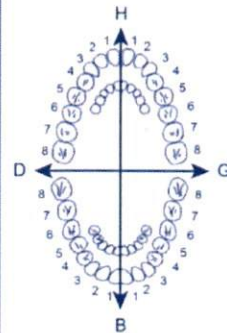
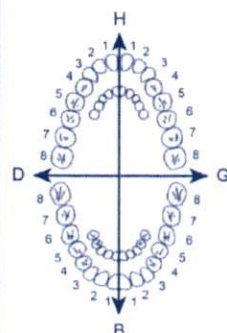


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02 FEV. 2023		1		INP : 0711917342  Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel: 05 24 43 86 18

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Cabinet Kinésithérapie 183 Av Mohamed V - Gueliz - MARRAKECH Tél : 05 24 20 24 24 - 05 24 20 24 24 Fax : 05 24 20 24 24 - 05 24 20 24 24 Email : kinésithérapie@kinésithérapie.ma Site : www.kinésithérapie.ma	08/02/23	AM		36	IV	360000

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 canaux, 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			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"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B			
	H		G																									
	25533412	21433552	00000000		00000000																							
	00000000	00000000	00000000		00000000																							
	00000000	00000000	00000000		00000000																							
	35533411	11433553																										
	B																											
	(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																								

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de Kinésithérapie

Marrakech le : ..01../..06../..2023

Facture N° :88 / 2023.....

NOM DU PATIENT :Abbada.....

PRENOM DU PATIENT :Zahra.....

MEDECIN :Dr. Baji Khalid.....

DIAGNOSTIC :AVC ischémique (hémi-parésie droite)
Rééducation fonctionnelle.....

NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES :36 séances (3 f / semaine pdt 3 mois).....

NOMBRE DE SEANCES REALISEES :36 séances (2 f / semaine pdt 3 mois).....

PÉRIODES DES SEANCES :

MONTANT DES SEANCES :# 3600,00 dh # (TVA).....

ARRÊTÉ LA PRESENTE FACTURE À LA SOMMES DE :Trois Mille Six Cents Dirhams.....

Cachet et signature

Cabinet KineAbid
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
RDC N° 18 Lot Zerktouni BOUAAKAZ
Mhamid - Marrakech
INPE : 075052947 / IE : 002136676000013

CALENDRIER DES SÉANCES

Période des séances : du 20-02-2023 au 01-06-2023

Séance	Date	Montant
1	20-02-2023	100,00 dh
2	23-02-2023	100,00 dh
3	27-02-2023	
4	02-03-2023	
5	06-03-2023	
6	09-03-2023	
7	13-03-2023	
8	16-03-2023	
9	20-03-2023	
10	23-03-2023	
11	27-03-2023	
12	30-03-2023	
13	03-04-2023	
14	06-04-2023	
15	10-04-2023	
16	13-04-2023	
17	17-04-2023	
18	20-04-2023	
19	24-04-2023	
20	27-04-2023	
21	02-05-2023	
22	04-05-2023	
23	08-05-2023	
24	11-05-2023	
25	15-05-2023	
26	18-05-2023	
27	22-05-2023	
28	25-05-2023	
29	29-05-2023	100,00 dh
30	01-06-2023	100,00 dh

Cabinet KineAbid
 Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
 RDC N° 13 Lot Zerkoun BOUAAKAZ
 MINA - Méditerranée
 INPE : 075052954 / 075136676000013

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, lejeudi.2 février.2023.....في مراكش ،

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
BDC N° 18 Lot Zerktouni BOUAZIZ MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 - Email : souhiz.abid@gmail.com
ICE : 002136676000013 - IF : 26112494 - PATENTE : 67100796

Dr. BAJI Khalid
Cardiologue
183 Av. Mohamed V - Gueliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 88 18

183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech شارع محمد الخامس جليز مراكش

الهاتف : 05 24 43 88 18