

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

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

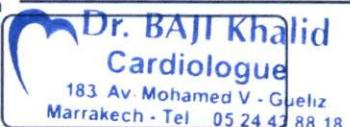
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-656768

143207

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 01559		royale Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABBADADA ZAHR A			
Date de naissance : 10/07/1976			
Adresse : Lot N° 737 D'hôtel Namak			
Tél. : 0666 076349		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 02 FEV 2023			
Nom et prénom du malade : ABBADADA ZAHR A Age: 48			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : R H / 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 :	Le : 03 AVRIL 2023		
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
02 FEV. 2023	5	1	GT	INP : 071917343
				 Dr. BAJI Khalid Catalogue 183 Av Mohamed V - Guelz

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		A M	P C	I M	I V	
Cabinet : CheAbid Kinésithérapie N° 18 Lot Yacoubi BOU AÏT CHAMID Marrakech (Maroc) - Maroc Tél. : +212 524 222 223 Fax : +212 524 222 223 E-mail : cheabid@wanadoo.fr PATENTE : 671001	08-02-2003	AM A.M. +		IM 36 July	IV 3600.00 04	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est ~~pe~~ 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'ODE.

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"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de Kinésithérapie

Marrakech le : 01 / 06 / 2023

Facture N° : 88 / 2023

NOM DU PATIENT : *Abada*

PRENOM DU PATIENT : *Fahra*

MEDECIN : *Dr. Baji Khalid*

DIAGNOSTIC : *AVC ischémique (hémisphère droit)
Rééducation fonctionnelle*

NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : *36 séances (3/j/semaine. Pdt 3 mois)*

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

PERIODES DES SEANCES :

MONTANT DES SEANCES : *# 36.000,00 dh # 1194 Dhs*

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

Cachet et signature

Cabinet KineAbid
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
RDC N°18 Lot Zerkoun BOUAAKAZ
Mhamid - Marrakech
INPE : 07505294108 E : 00213667600013

CALENDRIER DES SÉANCES

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

Séance	Date	Montant
1	20 - 02 - 2023	100,00 dt
2	23 - 02 - 2023	100,00 dt
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 dt
30	01 - 06 - 2023	100,00 dt



Dr. BAJI Khalid

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

ICE : 0016701980051

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

IP : 071017347

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

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
RDCN 18 Lot Zerktouni BOUAFIA Z. MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 . Email : souhir.abid@gmail.com
ICE : 00134678000013 . IF : 1611284 . PATENTE : 47100798

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

Tél.: 05 24 43 88 18 الهاتف :