

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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°D: N° W19-467000  
34770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royal AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABADA ZAHRA  
 Date de naissance : 10.07.1974  
 Adresse : LOT NABHA No 737 LAMHAMID MARRAKECH  
 Tél. : 0666076349 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 22 AVR. 2020

Nom et prénom du malade : Age : 46

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

Nature de la maladie : ARC / ACFA / RM

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :







**Dr. BAJI Khalid**

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

**الدكتور الباجي خالد**

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين  
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

مراكش، في ..... Marrakech, le  
mercredi 22 avril 2020

Mme ABBADA ZAHRA

AVC ischémique : Hémiparésie droite séquellaire

Reeducation fonctionnelle 2 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

KARIMA Bourfia  
Kinésithérapeute  
Socata 6, n° 222 Lamhamid  
Marrakech - Tél : 05 24 36 01 82

الدكتور الباجي خالد  
Dr. Khalid BAJI  
Cardiologue  
183 Av. Mohamed V, Guéliz  
Marrakech - Tél : 05 24 43 88 18



# KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute/physiothérapeute

N° de patente : 67160455

Ice : 000829801000045

Marrakech le : 20/05/2020

DEVIS N° : 1500A

Designation	devis
Nom	Mme ABBADA
Prénom	ZAHY
Nature des soins	Rééducation posturale
Nombres de séances	20 séances
Prix unitaire	1000dh / séance
Prix global	20000dh
Date début de séance	Le 20.05.2020
Date de fin de séance	Le 27.07.2020

Arrêter le présent devis à la somme de : deux mille Dirhams

Signature

KARIMA BOURFIA  
Kinésithérapeute  
Saada 6 Mhamid Lamhamid  
Marrakech Tél 0524 36 01 82



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ....22/AVR.2020....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... e-mail : ..... Phones : .....  
Nom et Prénom de l'adhérent : .....  
Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. BERRADA ZAHRA Dr. BATTI KHALID  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MS BMSA ZAHRA  
Nécessite Prescription facture  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) .....


Une hospitalisation de (approximatif) .....  
A (préciser l'établissement hospitalier) .....

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

ACFA / RM / M

Cachet, date et signature du praticien

  
**Dr. Khalid BAJI**  
Cardiologue  
183 Av. Mohammed V, Gueliz  
Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18

22 AVR. 2020

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision : .....  
.....  
.....


N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



☒ **valable 3 mois**

Le ..... 27 AVR. 2020 .....

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/></b>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr BAJI KHALID
Certifie que Mlle, Mme, M. :	ABBARA ZAHRA
Présente	AVE / RM / AcFA
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Trois Mois
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

 الدكتور الباجي خالد  
**Dr. Khalid BAJI**  
Sagittaire  
183 Av. Mohammed V, Sueliz  
Marrakech - Tel 05 24 43 88 18



# KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute / physiothérapeute

N de patente : 67160455

ICE : 00082980100045

Marrakech le : 20.05.2020

Calendriers de séance de kinésithérapie et  
physiothérapie : .....Planning.....de Séance

Nom & prénom : Mme ABBADA Zahra

séance	date	heure
1 <sup>ère</sup> séance	05-03-2020	11h00
2 <sup>ème</sup> séance	10-03-2020	11h00
3 <sup>ème</sup> séance	12-03-2020	11h00
4 <sup>ème</sup> séance	15-06-2020	11h00
5 <sup>ème</sup> séance	18-06-2020	11h00
6 <sup>ème</sup> séance	22-06-2020	11h00
7 <sup>ème</sup> séance	24-06-2020	11h00
8 <sup>ème</sup> séance	29-06-2020	11h00
9 <sup>ème</sup> séance	02-07-2020	11h00
10 <sup>ème</sup> séance	06-07-2020	11h00
11 <sup>ème</sup> séance	09-07-2020	11h00
12 <sup>ème</sup> séance	13-07-2020	11h00
13 <sup>ème</sup> séance	16-07-2020	11h00
14 <sup>ème</sup> séance	20-07-2020	11h00
15 <sup>ème</sup> séance	23-07-2020	11h00
16 <sup>ème</sup> séance	27-07-2020	11h00
17 <sup>ème</sup> séance	30-07-2020	11h00
18 <sup>ème</sup> séance	03-08-2020	11h00
19 <sup>ème</sup> séance	06-08-2020	11h00
20 <sup>ème</sup> séance	10-08-2020	11h00

KARIMA BOURFIA  
Kinésithérapeute  
Saada 6, N° 183 Lamhamid  
Marrakech Tel: 05 24 36 01 82

KARIMA BOURFIA  
Kinésithérapeute  
Saada 6, N° 183 Lamhamid  
Marrakech Tel: 05 24 36 01 82