

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.

Déclaration de Maladie

N°D: N° W19-467000
34220

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	07539	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABIDA ZAHRA			
Date de naissance : 10.07.1974			
Adresse : LOT NAMIA N° 737 LAMTIAMID MARRAKECH			
Tél. :	0666076349	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Khalid BAJI Cardiologue 183 Al Mounaier V, Sueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18			
Date de consultation : 22 AVR. 2020			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : ARC / ACF / RH			
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) :

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
22 AVR 2020	6		Ch	INP : IP : 07101734 دكتور خالد الماجري Dr. Khalid Almaghri Cardiologue

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
KARIMA Bourda Kinésithérapeute Saada 6, N° 38, Elmhamd Marrakech Tel: 05 24 36 01 62	23.04. 2013	X			2000 x 2000 Kinésithérapeute Saada 6, N° 38, Elmhamd Marrakech Tel: 05 24 36 01 62

Dr. BAJI Khalid

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

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب بنين بفرنسا

Marrakech, le مراكش، في
mercredi 22 avril 2020

Mme ABBADA ZAHRA

AVC ischémique : Hémiparésie droite séquellaire

Reeducation fonctionnelle 2 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Sadda 6, Av. 205 Lamhamid
Marrakech Tel: 05 24 36 01 82

الدكتور الباجي خالد
Dr. Khalid BAJI
Kinésithérapeute
183 Av. Mohamed V, Guéliz
Marrakech Tel: 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 ABBAOUA
Prénom	ZAHIA
Nature des soins	Rééducation fonctionnelle
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
Sada 6, Mhamid Lamhamid
Marrakech Tel 0524360182

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le22 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 ABRAHAM DRAHA Dr BAJI KHALID*

Estime que l'état de santé de M^{me}, M^{me}, M. *MS RAMSA DAHRA*

Nécessite *Reconnaissance de l'acte*

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) :

Acte / DR / Arc

Cachet, date et signature du praticien

الدكتور خالد
Dr Khalid BAJI
Cardiologue
183 Al Vionnager 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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

BAJI KHATIA

Certifie que M^{me}, Mme, M. :

ABDASSA ZAHRA

Présente

AVC / RM / AEF

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TROIS MOIS

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

الدكتور، الشاعي خاتمة
Dr. Khatia BAJI

Santé

183 Av. violaine s, Sueliz

Marrakech - Tel 05 24 43 88 18

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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 ^{ère} séance	05-03-2020	11h00
2 ^{ème} séance	10-03-2020	Mh00
3 ^{ème} séance	12-03-2020	Mh00
4 ^{ème} séance	15-06-2020	11h00
5 ^{ème} séance	18-06-2020	Mh00
6 ^{ème} séance	22-06-2020	Mh00
7 ^{ème} séance	24-06-2020	Mh00
8 ^{ème} séance	29-06-2020	Mh00
9 ^{ème} séance	09-07-2020	11h00
10 ^{ème} séance	06-07-2020	11h00
11 ^{ème} séance	09-07-2020	11h00
12 ^{ème} séance	13-07-2020	Mh00
13 ^{ème} séance	16-07-2020	Mh00
14 ^{ème} séance	20-07-2020	Mh00
15 ^{ème} séance	23-07-2020	Mh00
16 ^{ème} séance	27-07-2020	11h00
17 ^{ème} séance	30-07-2020	Mh00
18 ^{ème} séance	03-08-2020	Mh00
19 ^{ème} séance	06-08-2020	Mh00
20 ^{ème} séance	10-08-2020	Mh00

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6, N° 083 Lamhamid
Marrakech Tel: 05 24 36 01 82

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6, N° 083 Lamhamid
Marrakech Tel: 05 24 36 01 82