

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royal air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Abbadia Zahra

Date de naissance : 10.07.1974

Adresse : lot Nahda N° 737 Phamid Marrakech

Tél. : 06.66.07.63.49 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE
183. Bd Mohamed V Guéliz
Marrakech 40000 43.88.18

Date de consultation : 12.JUL.2022

Nom et prénom du malade : ABBADIA Zahra Age : 48 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ACFA / 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 : / /

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
2 JUIL. 2022	6555		3000	 Docteur BAJI KIZIL CARDIOLOGUE 183 2d Mohamed V Guéliz Casablanca 20100 T : +212 66 43 88 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

IP : 071017347

mardi 12 juillet 2022

Marrakech, le

مراکش، فی

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Doctor ZAHID Khalid
CARIO COLLEGE
183 Rd. Mohamed El Gamil
Mansheka, Te
Gaeliz 453818

183، شارع محمد الخامس جلیز مراکش 183

الهاتف : 05 24 43 88 18

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

120722

Le/...../20....

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 : BAJI KHALID

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ABADA ZAFRA

Nécessite Reconvalescence

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 / RH / AVC

Cachet, date et signature du praticien

Docteur BAJI Khalid
Zah
CARDIOLOGUE
183 Bd Mohammed V Guéliz
Marrakech - Tel 43.88.18

120722

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

120722

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR BAJI KHALID

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ABRADA ZAHRA

Présente

ACFA / AVC / RM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 Mois

Docteur BAJI Khalid

CARDIOLOGUE

183 Bd Mohamed V Guéliz

MARRAKESH 43.98.18

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 21 / 01 / 2023

FACTURE N° : 07 / 2023

NOM DU PATIENT : Abbadia

PRENOM DE PATIENT : ZAMRA

MEDECIN : Dr. BADI Khalid

DIAGNOSTIC : AVC ischémique (hémiparésie droite)

NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 36 Séances

NOMBRE DE SEANCES REALISEES : 36 Séances

PERIODES DES SEANCES : du 19-07-2022 au 07-10-2022

MONTANT DES SEANCES : 3600.00 MAD

ARRÊTÉ LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMMES DE : Trois mille Sixcent dirhams

Cachet et signature



CALENDRIER DES SÉANCES

Période des séances : du 19 - 07 - 2022 au 07 - 10 - 2022

Séance	Date	Montant
1	19 - 07 - 2022	100,00 DH
2	21 - 07 - 2022	
3	23 - 07 - 2022	
4	25 - 07 - 2022	
5	27 - 07 - 2022	
6	29 - 07 - 2022	
7	01 - 08 - 2022	
8	03 - 08 - 2022	
9	05 - 08 - 2022	
10	07 - 08 - 2022	
11	11 - 08 - 2022	
12	13 - 08 - 2022	
13	15 - 08 - 2022	
14	17 - 08 - 2022	
15	19 - 08 - 2022	
16	22 - 08 - 2022	
17	24 - 08 - 2022	
18	26 - 08 - 2022	
19	30 - 08 - 2022	
20	01 - 09 - 2022	
21	03 - 09 - 2022	
22	05 - 09 - 2022	
23	07 - 09 - 2022	
24	09 - 09 - 2022	
25	12 - 09 - 2022	
26	14 - 09 - 2022	
27	16 - 09 - 2022	
28	19 - 09 - 2022	
29	21 - 09 - 2022	100,00 DH
30	23 - 09 - 2022	100,00 DH

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie

RDC N° 18 Jd Zerktouni BOULAKAZ MHAMID
Marrakech (Près de la Clinique Aeroport)
Tél : 05 24 20 24 25 . Email : souhiraabid@gmail.com
ICE : 00213667600013 . IR : 26112491 . PATENTE : 67100798



Séance : (31) : 26 - 09 - 2022
(32) : 28 - 09 - 2022
(33) : 30 - 09 - 2022
(34) : 03 - 10 - 2022
(35) : 05 - 10 - 2022
(36) : 07 - 10 - 2022

Cabinet KineAbid
Kinesitherapie
RDC N° 18 Lot Zerkouni BOUAKAZ MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 Email : souhir.aabid@gmail.com
ICE : 002136676000013 IF : 26112494 PATENTE : 67100798

Cabinet
KineAbid
kinésithérapie