

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0001664

124260

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : Abbada Zahra

Date de naissance : 10.07.1974

Adresse : Lot Nahda N° 737 Mhamid
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 - Tél : 43.88.18

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 JUL 2022

Nom et prénom du malade : ABBADA Zahra Age : 47 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

30/10/20

Docteur BAJI KH
CARDIOLOGUE
183 Bd Mohamed V Guéiz
Marrakech 40000 Tel: 43 88 18

[illegible]

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	02/07/2017	36	seals			3600,00

Date des Soins

Nombre


AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



0798

26 Sept

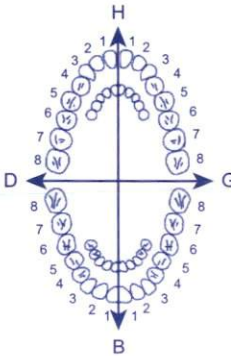
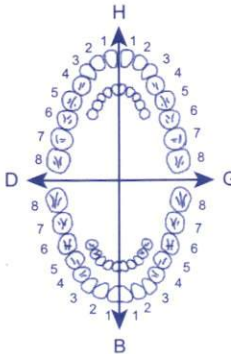
3600, 9

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									
				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											
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				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

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.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

A diagram of a circular molecule, possibly a virus, with 16 numbered sites (1-8 on each side) and four labeled regions: H (top), D (left), R (bottom), and an unlabeled right region.

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	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

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 والشرابين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

mardi 12 juillet 2022

Marrakech, le في مراكش،

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Kinesithérapie
RDON N° 123456789 - RUCAAKA - MHAMID
N° 123456789 - RUCAAKA - MHAMID
Tel: 05 24 43 88 18 (Marrakech) - www.kineabid.com - kineabid@gmail.com
ICE: 002130670000013 - IF: 26112494 - PATENTE: 67100798

Docteur **BAJI Khalid**
CARDIOLOGUE
183 Bd Mohamed V - Guéliz
Marrakech - Tél: 05 24 43 88 18

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

الهاتف : 05 24 43 88 18



120722

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

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

12 07 22
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 LRM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE

183 Bd Mohammed V Guéliz
Marrakech 40000 - 0522-22-78-18

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 : Abbada

PRENOM DE PATIENT : ZAHRA

MEDECIN : Dr. BASSI Khalid

DIAGNOSTIC : AVC ischémique (hémiplégie dl)

NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 36 Seances

NOMBRE DE SEANCES REALISEES : 36 Seances

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

MONTANT DES SEANCES : 3600.00 MAD

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

Cachet et signature


Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
RDC N° 18 Lot Zerkouni BOUAAKAZ MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 37 15 15 Email : souhir.aabid@gmail.com
: 002136676000013 IF : 26112494 PATENTE : 67100798

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
Kinesithérapie

RDCN° 18.141 Zerkouni BOUA / KAZ MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 - Email : souhir.aabid@gmail.com
ICE : 00213667600013 - IN : 2611249 - 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
Kinésithérapie
RDC N° 18 Zerktouni BOUAAKAZ MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 - Email : souhir.aabid@gmail.com
ICE : 002136676000013 - IF : 26112494 - PATENTE : 67100798

