

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prixe 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 Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fair et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 43 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0008963

184206

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	7539
Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input checked="" type="checkbox"/> Autre : MCF	
Nom & Prénom : Abbada Zahra	
Date de naissance : 01/07/1974	
Adresse : Lat. nacda. n° 737. Dhamd. Marrakech	
Tél. : 0666076345	Total des frais engagés : .....
Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. BAII Khalid Cardiologue 183 Av. Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel : 05 24 43 88 15
Date de consultation :	03 OCT. 2023
Nom et prénom du malade : M.BADA ZAHLA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	KVC / RMT / ACFA
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC      Pathologie : .....	
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'exhaustivité 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) : .....	

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0008963

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : ..  
Nom de l'adhérent(e) : ..  
Total des frais engagés : ..  
Date de dépôt : ..

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183. Av. Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18
14/7/23				<i>(Handwritten signatures and notes)</i>
03 OCT 2023				<i>(Handwritten signatures and notes)</i>

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>Cabinet KineAbid</b> Souhir Abid (Kinéithérapeute) RDC V 1501 Zerktou - BOUAZAZ INPE : 075052944 - 002136576800913	10/10/23	36 séances	AHYP			₦₢ 3600,00ff

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBIT D'EXÉCUTION
				RIN D'EXÉCUTION
ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	28833412	21433582	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS	
	35933411	11433582	DATE DU DEVIS	
B			DATE DE L'EXÉCUTION	
G				
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapédigie, nécessaire à la profession</p>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				

# عيادة الترويض الطبي

## Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 09/10/2023

DEVIS N° : 24 /2023

Nom & Prénom : Abbadia Zahra

Nombre de séances : 36 séances (3f/1semaine pdt 3 mois)

Prix par séance : #100,00 dh # MAD

Total à payer : # 3600,00 dh # MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Mille Six Cents Dirhams

Cachet et signature

**Cabinet KineAbid**  
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)  
RDC N° 18 Zerktouni BOUAAKAZ  
Mhamid - Marrakech  
INPE : 075052944 ICE : 002136676000013



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..... 03 OCT. 2023 /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 : Dr BAJI KHALID

Estime que l'état de santé de Mme, M. ABBADA OMAR

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Acte de cardiologie

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 / AVC / RH

Cachet, date et signature du praticien

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

### 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 03/10/2023

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

 Cardiologue

183 Av. Mohamed V - Gueliz

Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18

Certifie que M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>:

ABDADA Zahrar

Présente .....

ACPA / Arc / RN

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Trois mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) 1<sup>o</sup>) ALdactone 50, 2<sup>o</sup>) Digoxine 3<sup>o</sup>) Synthom

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 BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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

# Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

ICE : 0016701980051



# الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, le ..... mardi 3 octobre 2023 مراكش، في

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

**Cabinet KineAbid**  
Souhir Abid (Kinésithérapeute)  
RDC N° 13 Lot Zerkoun BOUAKAZ  
Mhamid Marrakech  
INPE : 07505234 ICE : 002136676000013

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