

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 5 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Faïd et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L3) - 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 : 07539

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : vac

Nom & Prénom : Abbaou Zahra

Date de naissance : 10/07/1974

Adresse : 1st n° 237 Dhamid Marrakech

Tél : 066076349

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 OCT. 2023

Nom et prénom du malade : ABBAOU ZAHRA

Age : 48

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

ALC / RCH / ALFA

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD

☐ 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'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) :

VOLET ADHERENT

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
11/1/21	S	6	6000,00
03 OCT. 2023	L	6	6000,00

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Cabinet KineAbid
Souhail Aabid (Kinésithérapeute)
RDCT 183 Av. Zerktouni BOUAKAZ
Marrakech
INPE: 075052944

36 séances

AM/PC

3600,00#

INPE: 075052944

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25000410</td><td>21432530</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35000411</td><td>11432532</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25000410	21432530		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35000411	11432532		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25000410	21432530																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35000411	11432532																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 09/10/2023

DEVIS N° : 24 / 2023

Nom & Prénom : Abbada Zahra

Nombre de séances : 36 séances / 3 / semaine 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 Lot Zerktouni BOUAAKAZ
Mhamid - Marrakech
INPE : 075052944 ICE : 002136676000013

RDC N° 18 Zerktouni BOUAAKAZ MHAMID Marrakech (pres de la clinique Aéroport)

ICE : 002136676000013 IF : 26112494 PATENTE : 67100798

Gsm : 06 71 84 20 76 - Tél : 05 24 20 24 25

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

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 Mlle, Mme, M. ABBADA CHAIZ
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Recouvert. préventif

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 / RM

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

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ABBADA Zahra

Présente

ACFA / AVC / RH

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Trois mois


Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

1°) Aldactone 50, 2°) Digoxine 3°) Sinthom

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

 **Dr. Baji Khalid**
Cardiologue
163 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 الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, lemardi 3 octobre 2023 مراكش، في

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
RDC N° 13 Lot Zerktoun BOUAAKAZ
Mhamid - Marrakech
INPE : 075052977 ICE : 002136679000013

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

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

الهاتف : 05 24 43 88 18