

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

- 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 Atlas Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Atlas 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° W21-656764

169333

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : veuf

Nom & Prénom : Abbada Zahra

Date de naissance : 10/07/1974

Adresse : Lot n° 737 N° 737 N° 737 N° 737

Tél : 06 06 06 06 06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 JUIN 2023

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

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Actif / RM / Ave

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 N° W21-656764

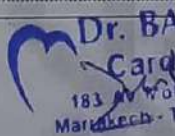
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 03 JUIN 2023

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 : <u>DR BAJI KHALID</u>	
Estime que l'état de santé de <u>M. BEN MANSOUR ZAHRA</u>	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>Medecin spécialiste</u>	
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) :	
<u>AVC</u> <u>ACTA</u> <u>RM</u>	
Cachet, date et signature du praticien	 Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tél 05 24 43 88 18 03 JUIN 2023
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.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Dr BAJI KHALID

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

Ben ABBAD A ZAHARA

Présente

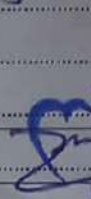
Avc / AcFA / RH

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 Mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

 Dr. Baji Khalid
Cardiologue
103 Av Mohammed V, Gueliz
Marrakech - Tel 05 24 41 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, le samedi 3 juin 2023 مراکش، في

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS



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 مراکش

الهاتف : 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, le samedi 3 juin 2023 مراكش، في

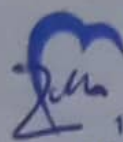
Mme ABBADA ZAHRA

ECHOCOEURDOPPLER

700 DH

TOTAL : SEPT CENTS DIRHAMS

700 DH



Dr. BAJI Khalid
Cardiologue

183 Av Mohamed V - Gueliz
Marrakech - Tel 05 24 43 88 18