

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 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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 Alital Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alital Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage Casablanca 20000 - Tél.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-656764

169333

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **07533**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre : **vieux**

Nom & Prénom : **Abbadia Zahra**

Date de naissance : **10/10/1974**

Adresse : **Lot n° 737 N° 737 El Hamid**

Darra Rech

Tél : **06 60 07 63 49**

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BAÏB Khalid

Cardiologue

183 Av. Mohammed V - Casablanca
Marakech - Tel : 05 24 43 38 18

Date de consultation : **03 JUIN 2023**

Nom et prénom du malade : **ABBADIA Zahra**

Age : **48 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Acft / Rm / Arz

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pignonconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-656764

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

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 03 JUIN 2020....

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 : *BS BAI KHALID*

Estime que l'état de santé de M^{me}, M. *BEN ABDELLAH ZAHLA*

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (*préciser le coefficient*)

Rehabe - jchamkh

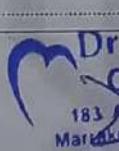
Une hospitalisation de (approximatif)

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) :

*AVC
ACFA
RH*


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

03 JUIN 2023

Cachet, date et signature du praticien

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

Le03/JUIN/2020.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR BATI KHALID

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

BEN ABDELLAH ZAFARIA

Présente

AVC / AcFA / RH

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 Mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. BATT.Khalid
Cardiologue
183 Av Mohamed V. Gueliz
Marrakech. Tel 0524 418818

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

samedi 3 juin 2023

مراكش، في

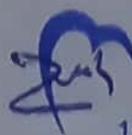
Marrakech, le

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 183، شارع محمد الخامس جليز مراكش

Tél. : 05 24 43 88 18 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 الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, le

samedi 3 juin 2023

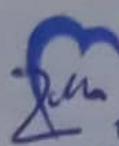
مراكش، في

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