

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



Declaration de Maladie

N° W19-467088

49246

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : Abbada Zakra

Date de naissance : 10/07/1974

Adresse : Lot Nahda n°337 Dharradj Marrakech

Tél : 06 66 07 63 49 Total des frais engagés : 2000,00 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 NOV 2020

Nom et prénom du malade : ABBAZA ZAKRA Age : 46

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

Nature de la maladie : ACFA / ARV / RM

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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23 NOV. 2020	S	1	Ch	INP : IP: 071017347 Dr. Khalid B Cardiologue 183 Av. Mohammed V, G Marrakech - Tel. 05 24 43

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
	25.10.2019		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
RDC N°18 Lot 12 Avenue BOUAAKAZ MHAMMAD Marrakech 40000 Maroc de la Clinique Aeroport Tél : 05 24 20 24 25 Email : souhail.ahabide@gmail.com ICE: 002136676000013 IF: 26112494 PATENTE: 100799	26.11.2025	7				2000,00 MAD

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. BAJI Khalid

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرائين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

مراكش، في Marrakech, le.....
lundi 23 novembre 2020

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 2 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

الدكتور الباجي خالد
Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Mohamed V, Guéliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 88 18

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

الهاتف : 05 24 43 88 18

عيادة الترويض الطبي
Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 21.12.2020

FACTURE N°: 75/20

NOM DU PATIENT : ABBADA

PRENOM DU PATIENT : ZAHRA

MEDECIN TRAITANT :

DIAGNOSTIC : Hémiplegie droite suite à AVC ischémique

NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 20 séances

NOMBRE DE SEANCES REALISEES : 20 séances

PERIODES DES SEANCES : du 23.12.20 au 28.01.2021

MONTANT DES SEANCES : 2000,00 MAD

ARRETÉE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMMES DE : Deux mille dirhams

Caché et signature
Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
RDC N° 18 Lot Zerktouni BOUAAKAZ MHAMID
Marrakech - Pres de la Clinique Aéroport
Tél : 05 24 20 24 25 Email : kineabid@gmail.com
ICE: 002136676000013 IF: 26112494 PATENTE: 67100798

CALENDRIER DES SÉANCES

Période des séances : du 23.11.2020 au 28.01.2021

Séance	Date	Montant
1	23.11.2020	100,00
2	26.11.2020	
3	30.11.2020	
4	03.12.2020	
5	07.12.2020	
6	10.12.2020	
7	14.12.2020	
8	17.12.2020	
9	21.12.2020	
10	24.12.2020	
11	28.12.2020	
12	31.12.2020	
13	04.01.2021	
14	07.01.2021	
15	12.01.2021	
16	14.01.2021	
17	18.01.2021	
18	21.01.2021	
19	25.01.2021	
20	28.01.2021	100,00

Cabinet KineAbid
Kinesithérapie
 RDC N°18 Doukoudou BOUAKAZ MIAMID
 Marrakech (Près de la Clinique d'été 2021)
 Tél : 05 24 20 24 25 Email : kine.abid@gmail.com
 ICE: 002136676000013 IF: 26112191 PATENT: 6710079

Cabinet KineAbid
Kinesithérapie
 RDC N°18 Doukoudou BOUAKAZ MIAMID
 Marrakech (Près de la Clinique d'été 2021)
 Tél : 05 24 20 24 25 Email : kine.abid@gmail.com
 ICE: 002136676000013 IF: 26112191 PATENT: 6710079

عيادة الترويض الطبي
Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 26.11.2020

DEVIS N°: 32/2020

Nom & Prénom : Mlle ABBADA ZAHRA
Nombre de séances : 3 mois 2 fois / semaine (20 séances)
Prix par séance : 100,00 MAD
Total à payer : 2000,00 MAD
Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille dollars

Cabinet signature
KineAbid
Kinésithérapie

RDC N° 18 Lot Zerkouti BOUAAKAZ MHAMID
Marrakech (Pres de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 Email : souhir.aabid@gmail.com
ICE: 002136676000013 - TEL 46172041 - PATENTE: 67100798

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 23 NOV 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 : Dr BAJI KHALID
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ABRIDA ZAHRA
Nécessite Reduction traitement
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

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) :

ACEA / RM / A VC

Cachet, date et signature du praticien


الدكتور الباجي خالد
Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
185 Av. Monameur 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 23/11/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Mr BASSI KHALID

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MBADA ZAHRA

Présente

AVC Ischémique / ACFA / RM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Trois Mois

Dont ci-joint ordonnance :


 الدكتور خالد باسي
 Dr. Khalid BASSI
 Cardiologue
 183 Boulevard Mohammed VI, S.M. Eliz
 Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18

(à défaut noter le traitement prescrit)