

124260

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 27 / 07 / 2022

DEVIS N° : 42 / 2022

Nom & Prénom : Zahra Abbada

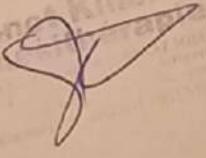
Nombre de séances : 36 séances (38/se p.d 3 mois)

Prix par séance : 100,00 DH

Total à payer : # 3600,00 DH # 9AD

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille six cent dirhams

Cachet et signature



Cabinet KineAbid
kinésithérapie
Marrakech 2022

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 la 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° D9-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - Béma Etage Angle Rue Mohamed Fekir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax. : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
Nº M20- 0001664

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>07539</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <u>Abbada Zahra</u>		
Date de naissance : <u>10.07.1974</u>		
Adresse : <u>Lot Nataha N° 737 Phamid Marrakech</u>		
Tél. : <u>06 66 07 63 49</u>	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE
183 Bd Mohamed V Guéliz
Casablanca 20000

Date de consultation : <u>12 JUIL 2022</u>		
Nom et prénom du malade : <u>ABBADA Zahra</u>	Age : <u>47 ans</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>ACFA / AVC</u>		
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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-01664

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

Matricule : 07539
Nom de l'adhérent(e) : Abbada Zahra
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des actes
2 JUIL 2022	6-EGG	2600		 Docteur BAJI KHAN CARDIOLOGUE 183 BD Mohamed V Gueliz Marrakech 43 XX 18

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
		A M	P C	I M	I V	
	02/07/2022	2600				

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
	G				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BAJI Khalid

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

ICE : 0016701980051

الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

IP : 071017347

mardi 12 juillet 2022

Marrakech, le

مراكش، في

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reéducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
Dr. BAJI Khalid
183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech
Tél.: 05 24 43 88 18

Docteur BAJI Khalid
183, Av. Mohamed V - Guéliz - Marrakech
Tél.: 05 24 43 88 18

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

120722

Le / /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 : K. BAJI KHALID
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ABBADA ZAITRA
 Nécessite Revascularisation
 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) :

ACFAT / RH / AVC

Cachet, date et signature du praticien

Docteur BAJI Khalid
 CARDIOLOGUE
 183 Bd Mohamed V Guéliz
 Casablanca 10100
 13 RR 18

120722

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

12 07 22

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR BAJI KHALID

Certifie que Mlle, Mme, M. : ABBADA ZAHRA

Présente

ACFA / AVC / RM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 Mois

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE

Dont ci-joint ordonnance :

183 Bd Mohamed V Guéliz
13ARR-18

(à défaut noter le traitement prescrit)