

عيادة الترويض الطبي
Cabinet de kinésithérapie

143207

Marrakech le : 07/11/2022

DEVIS N° : 58 /2022

Nom & Prénom : Zahra Abbada

Nombre de séances : 36 Séances

Prix par séance : # 100,00 DH # 910

Total à payer : # 3600,00 DH # 910

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

Cachet et signature

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
RDC N° 18 Jdi Zerkouni BOUAAKAZ MHAMID
Marrakech (Près de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 - Email : souhir.aabid@gmail.com
ICE : 002136676000013 IF : 26112494 PATENTE : 67100798

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 25 octobre 2022

Marrakech, le مراكش، في
Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
18 Lot Zerhouni BOUAZAZ MHAMID
Marrakech (Près de la Clinique Aéroport)
25. Email : souhaib.abid@gmail.com
00212 17 2611289 - PATENTID: 67120798

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE
183 Av. Mohamed V Guéliz
Tunisie

183 شارع محمد الخامس جلizi مراكش 183

الهاتف : 05 24 43 88 18

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| ○ Réclamation | contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | adhésion@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 Fakir et Rue Allal 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° W21-656750

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>07339</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Abbadia Zahra</u>			
Date de naissance : <u>16.07.1974</u>			
Adresse : <u>1st nchda N° 337 Rhomid Durakach</u>			
Tél : <u>06 66 07 63 45</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BAJI Khalid

CARDIOLOGUE
183 Bd Mohamed V Guéliz
Marrakech Tel: 43 58 18

25 OCT. 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABBADIA ZAHRA Age : 42

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

ACFA / AVC / 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. 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

N° W21-656750

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 :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

RELEVE 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
5 OCT 2012		1	CR	INF : 01710123421 Docteur BAJI Khalid CARDIOLOGUE 183 Z. Mohamed V Guéliz

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
Cabinet KineAbid Kinésithérapie 116, Zerkeim BOUJAAZ, MILA 1000 Route de la Clapette - Airport Tél: 01 21 62 00 00 - PATENT: 4710705	32.11.2014	AM: 1/2	PC: 36 Séances	IM: 36 Séances	IV: 36 Séances	Cabinet KineAbid Kinésithérapie BDC N° 18 Lot Zerkeim BOUJAAZ, Z. MILA Mardi 24 10 2014 - Email: kineabid@yahoo.fr - Tél: 01 41 45 11 77	

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 <table border="1"> <tr><td>Dents Traitées</td><td>Nature des Soins</td><td>Coefficient</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																
H	G																																
25533412	21433552																																
00000000	00000000																																
D	G																																
00000000	00000000																																
35533411	11433553																																
B																																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																	

valable 3 mois

Le 25 OCT. 2022/20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR BAJI KHALID

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

ABBADIA ZAHRA

Présente

AVC / ACFA / RM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TROIS MOIS

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE

183 DJ. V. Guéliz

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

DEMAÎ DE D'ACCORD PREAMBLE

Le / 25 OCT 2022

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 Mme, M. ABIBADA ZAHRA

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Ree direction praticien

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 / IRM

Docteur BAJI Khalid
CARDIOLOGUE
183 Dj. Mohamed V Guéliz
24 43 88 18

25 OCT. 2022

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.