

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 08 / 02 / 2023

DEVIS N° : 05 / 2023

Nom & Prénom : Abbada Zahra

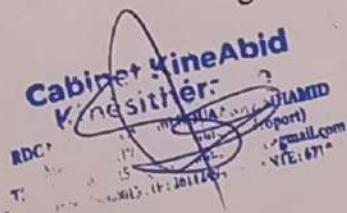
Nombre de séances : 36 séances (3f/sem pdt 3 mois)

Prix par séance : 100 dh #

Total à payer : 3600 dh # MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Mille Six Cent Dirhams

Cachet et signature



Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
RDC, 18 Zerkouni BOUAKAZ Marrakech (pres de la clinique Aéroport)
T: +212 62 42 10 10 10
ICE : 002136676000013 IF : 26112494 PATENTE : 67100798
email.com VTE: 671

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

02 FEV. 2023

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 : Dr BAJI KHALID
 Estime que l'état de santé de Mme, M. AB BADA ZAIA RA
 Nécessite REEDUCATION FONCTIONNELLE
 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) :

RM / Acfa / AVC

Cachet, date et signature du praticien



02 FEV. 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.

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 بنيس بفرنسا

IP : 071017347

مراكش ، في ... jeudi 2 février 2023...

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Kinésithérapie
RDC N° 18 Lot Zerkaoui BOUAFIA Z. MHAMID
Marrakech (Près de la Clinique Aéroport)
Tél : 05 24 20 24 25 . Email : souhila.abid@gmail.com
ICP : 00213467000013 . ICP : 2611284 . PATENTE : 67100799



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

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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° W21-656768

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01539	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ABIDA ZAHRA			
Date de naissance : 10/07/1974			
Adresse : Lot Nattada N° 737 Rhaiad Marrakech			
Tél. : 0666-076349		Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Dr. BAÏT Khalid Cardiologue 183 Av. Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02 FEV. 2023
Nom et prénom du malade :	ABIDA ZAHRA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	RH / AVC
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° W21-656768

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 : _____

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.																							
<p>DENTS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <p>Nature des Soins</p> <p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>																					
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
		<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	35533411	<hr/>			G	35533411	11433553
			H	25533412	21433552																		
			D	00000000	00000000																		
			<hr/>																				
B	00000000		35533411																				
<hr/>																							
G	35533411		11433553																				
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"/>																							
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																							

valable 3 mois

02 FEV. 2023

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Dr BAJI KHALID

Certifie que Mme, M. :

ABBA DA ZAHRA

Présente

RH / AVC

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 MOIS

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr BAJI Khalid
Cardiologue
183 Av. Mohamed V - Gueliz
Marrakech. Tel. 05 24 43 88 18