

192435

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

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

M22- 0008965

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royale Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : ABBADA ZAHRA
 Date de naissance : 10/07/1974
 Adresse : Lot Tahda n° 737 Mhamid
 Tél. : 0666076349 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11 JAN 2024
 Nom et prénom du malade : ABBADA ZAHRA Age : 48
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ACFA / ALD / ALC
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0008965

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 :

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
11 JAN 2024	S	1	61	Dr. BAJI Khalid Cardiologue 113 Av. Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel : 05 24 43 88 18

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
Cabinet KineAbid Souhir Abid KineThérapeute RDCN 15 LIZ - Gueliz - Marrakech INRE : 0750529511CE 24130676000013	15/01/2024	AMH 36 séances	#3600100 dh

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 25533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le1.1 JAN. 2021....

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. ABBADA ZAHRA
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Rec du certif + fiche melle

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier) Mulhacech
*Dr. BAJI Khalid
Cardiologue
Tél. 05 24 43 88 18
Mohamed V. Guelliz*

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

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.

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. :

ABERDIA DAHER

Présente

ACFA RM AVE


Nécessitant un traitement d'une durée de :

2 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 15/04/2024

DEVIS N° : 02/2024

Nom & Prénom : Abbada Zahra

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

Prix par séance : # 100,00 dh # MAD

Total à payer : # 3600,00 dh # MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Mille Six Cent dix-huit

Cachet et signature

Cabinet KineAbid
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
RDC N° 18 Lot Zerkouni BOUAAKAZ
Mhamid - Marrakech
INPE : 075052944 ICE : 002136676000013

RDC N° 18 Zerkouni BOUAAKAZ MHAMID Marrakech (pres de la clinique Aéroport)

ICE : 002136676000013 IF : 26112494 PATENTE : 67100798

Gsm : 06 71 84 20 76 - Tél : 05 24 20 24 25

Dr. BAJI Khalid

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

ICE : 0016701980051



الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

IP : 071017347

Marrakech, le jeudi 11 janvier 2024 مراكش، في

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

Cabinet KineAbid
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
RDC N° 13 Lot Zerktouni BOUAFIA Z
Mhamid - Marrakech
INPE : 075052944 ICE : 0021360 1000013

 **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

الهاتف : 05 24 43 88 18