

192435

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 rééducation.
- 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 : 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 Fekir 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 07539	Société : Royale Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABBADA ZAHRA			
Date de naissance : 10/07/1974			
Adresse : Lot Zahra n° 737 Mhamid			
Tél. : 06 660 763 49	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. BAJI Khalid Cardiologue 183 Av. Mohamed V - Gueliz Marrakech Tel. 05 24 43 88 18			
Date de consultation : 11 JAN 2024			
Nom et prénom du malade : ABBADA ZAHRA Age : 45			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ACFA / RH / AVC			
Affection longue durée ou chronique : <input checked="" type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.		Matricule : _____	
		Nom de l'adhérent(e) : _____	
		Total des frais engagés : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).		Date de dépôt : _____	

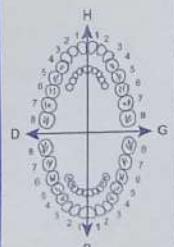
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11 JAN 2024	800	1	Gt	 <p>Dr. BAJI Khalid Cardiologue 103 Av Mohamed V - Gueliz Marrakech - Tel 05 24 43 88 18</p>

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	
		AM	PC	IM	IV
 <p>Cabinet KineAbid Soufia Abid Kinésithérapeute RDC N° 16 Lot 2, Avenue BOUANAKZ Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18 INPE : 0750523311 CE : 013067600013</p>	15/01/2024	AMM	1	# 3600/100 dh	

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

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.																																																																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																					<table border="1"> <thead> <tr> <th>COEFFICIENT DES TRAVAUX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>	COEFFICIENT DES TRAVAUX										<table border="1"> <thead> <tr> <th>MONTANTS DES SOINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>	MONTANTS DES SOINS										<table border="1"> <thead> <tr> <th>DEBUT D'EXECUTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>	DEBUT D'EXECUTION										<table border="1"> <thead> <tr> <th>FIN D'EXECUTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>	FIN D'EXECUTION									
		SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																																																
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																					
MONTANTS DES SOINS																																																																																					
DEBUT D'EXECUTION																																																																																					
FIN D'EXECUTION																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</th> <th>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433162 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411 11433153</td> <td>11433153</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433162 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411 11433153</td> <td>11433153</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H	G	25533412 00000000	21433162 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	35533411 11433153	11433153	B		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																																																			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433162 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411 11433153</td> <td>11433153</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H	G	25533412 00000000	21433162 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	35533411 11433153	11433153	B																																																																											
H	G																																																																																				
25533412 00000000	21433162 00000000																																																																																				
00000000 00000000	00000000 00000000																																																																																				
35533411 11433153	11433153																																																																																				
B																																																																																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>COEFFICIENT DES TRAVAUX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>					COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MONTANTS DES SOINS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>					MONTANTS DES SOINS																																																																																
MONTANTS DES SOINS																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE DU DEVIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>					DATE DU DEVIS																																																																																
DATE DU DEVIS																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATE DE L'EXECUTION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td></tr> </tbody> </table>					DATE DE L'EXECUTION																																																																																
DATE DE L'EXECUTION																																																																																					
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																																																																																					
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																																																																																					

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 Mme, M. **AB.B.A.D.A ZAHRA**

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Ree du certif. fnci msl
Dr. BAJI Khalid
Cardiologue
183 Av. Mohammed V - Gueliz
Marrakech - Tel. 05 24 33 88 18

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) :

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.

valable 3 mois

Le 11.01.2011

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. :

MRADIT DAIKA

Présente

Acfa RM AVC

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. Mohammed V - Gueliz
Casablanca - Tel : 05 24 43 88 18

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de kinésithérapie

Marrakech le : 15/01/2024

DEVIS N° : 021/2024

Nom & Prénom : Abbaada Zahra

Nombre de séances : 36 séances (38/ séance une pdt 3 mois)

Prix par séance : # 100,00 dh # 1000

Total à payer : # 3600,00 dh # 3600

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

Cachet et signature

Cabinet KineAbid
Souhir Aabid (Kinésithérapeute)
RDC N° 18 Zerkouni BOUAAKAZ
Mhamid - Marrakech
INPE : 075052944 ICE : 00213667600013



Marrakech, le jeudi 11 janvier 2024 مراكش، في

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

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