

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-467008

NO = 24368

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABBADA ZAHRA

Date de naissance : 12.07.1974

Adresse : LOT NAHDA N°37 L'IMMIO MARRAKECH

Tél : 066607 63 49 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABBADA ZAHRA Age : 45

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACIAT RM / 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 : Marrakech le 17 DEC. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
17 DEC 2019	CS	1	CH	INP : IP : 071017347 الدكتور الباجي خالد 201 Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Mohammed VI, 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
26/01/2020 Kinesithérapeute Saada B. El Hamid Marrakech - Tel. 05 24 36 01 82	30/12/19	X				800000 x 800000 = 800000

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

☒ valable 3 mois

Le 17 DEC. 2019 / 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. :

ABRADA ZAHRA

Présente

AVC / ACFA / RM

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TROIS 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. Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Mohammed V, Gueliz
Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18

Dr. BAJI Khalid

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

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين
خريج كلية الطب بنيس بفرنسا

مراكش، في Marrakech, le
mardi 17 décembre 2019

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6, rue 303 Lamhamid
Marrakech - Tél : 05 24 36 01 82

الدكتور الباجي خالد
Dr. BAJI Khalid
Cardiologue
183, Av. Mohamed V, Guéliz
Marrakech. Tél : 05 24 43 88 18

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 20/12/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		
Matricule : 07539	e-mail :	Phones : 0666076349
Nom et Prénom de l'adhérent :		
Nom et Prénom du bénéficiaire :		ABBADA ZAHRA
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN		
Je soussigné : Dr BAJI KHALID		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ABBADA ZAHRA		
Nécessite Rec. duc 2 bis fracture ouverte		
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) :		
ACFA / AVC / RM		
Cachet, date et signature du praticien	 17 DEC. 2019 Dr Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Mohammed VI, Sueliz Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18	
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.

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute / physiothérapeute

N de patente : 67160455

ICE : 00082980100045

Marrakech le : 30/12/2019

Calendriers de séance de kinésithérapie et
physiothérapie : Planning de séance

Nom & prénom :

séance	date	heure
1 ^{ère} séance	le 20/12/2019	11h00
2 ^{ème} séance	le 23/12/2019	11h00
3 ^{ème} séance	le 25/12/2019	11h00
4 ^{ème} séance	le 27/12/2019	11h00
5 ^{ème} séance	le 30/12/2019	11h00
6 ^{ème} séance	le 02/01/2020	11h00
7 ^{ème} séance	le 06/01/2020	11h00
8 ^{ème} séance	le 08/01/2020	11h00
9 ^{ème} séance	le 10/01/2020	11h00
10 ^{ème} séance	le 13/01/2020	11h00
11 ^{ème} séance	le 15/01/2020	11h00
12 ^{ème} séance	le 17/01/2020	11h00
13 ^{ème} séance	le 20/01/2020	11h00
14 ^{ème} séance	le 22/01/2020	11h00
15 ^{ème} séance	le 24/01/2020	11h00
16 ^{ème} séance	le 27/01/2020	11h00
17 ^{ème} séance	le 29/01/2020	11h00
18 ^{ème} séance	le 31/01/2020	11h00
19 ^{ème} séance	le 03/02/2020	11h00
20 ^{ème} séance	le 05/02/2020	11h00

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6 M'hamid
Marrakech - tel : 05 24 36 01 82

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6 M'hamid
Marrakech - tel : 05 24 36 01 82

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute / physiothérapeute

N de patente : 67160455

ICE : 00082980100045

Marrakech le : 30/12/2019

Facture N : 1070A

Désignation	Facture
Nom du patient :	Mme ABBADA
Prénom du patient :	Zahra
Nature des soins	Reéducation fonctionnelle
Nombres de séances	20 séances
Prix unitaire	1000dh / séance
Prix globale	20000dh

Arrête la présent facture à la somme de : deux mille dixans

Signature

KARIMA BOURFIA
Kinésithérapeute
383 Saada 6 M'hamid
Marrakech Tel : 05 24 36 01 82

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute/physiothérapeute

N° de patente : 67160455

Ice : 000829801000045

Marrakech le : 20.12.2019...

DEVIS N° : 1404A.....

Designation	devis
Nom	Mme Abbada
Prénom	Zahra
Nature des soins	reeducation fonctionnelle
Nombres de séances	20 séances
Prix unitaire	1000dh / séance
Prix global	20000dh
Date début de séance	le 20.12.2019
Date de fin de séance	le 05.01.2020

Arrêter le présent devis à la somme de :deux...mille.....Dirhams...

Signature

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6, Mhamid
Marrakech - Tel : 05 24 36 01 82