

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-467008

WD = 243685

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 07539

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : ABBADA ZAHRA

Date de naissance : 12.07.1974

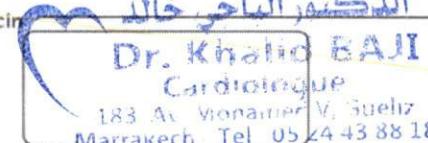
Adresse : LOT NAHDA N° 77 LMLIMID MARRAKECH

Tél. : 066607 6349

Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABBADA ZAHRA Age : 45

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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.



10 MARS 2020

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 : M.Khalid

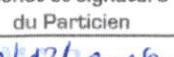
ACCUEIL 17 DEC. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 17 DEC 2019 | US | 1 | GT | IP : 071017347 INP :  الدكتور الباقي خالد Dr Khalid BAJI Cardiologue |

Marrakech Tel 05 24

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|--|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| 2430112Ba9 Kinesiologie Saada B.N. El Hamid Tunisie Tel: 09 24 36 01 82  | 30/11/11 9:15 | X | | | | 20 Secrétariat 100 DT = 20.10 DT | |

| 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 canalaires, 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> </tbody> </table> | | | | SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ODF PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <input type="checkbox"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </tbody> </table> | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 <input type="checkbox"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 <input type="checkbox"/> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

valable 3 mois

Le **17 DEC. 2019**

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. : **ABRADA ZAHRA**

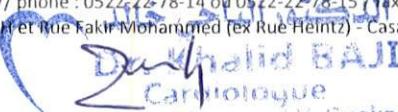
Présente **AVC / ACFA / RM**

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. Vionamer V, Sueliz
Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18

Dr. BAJI Khalid

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

الدكتور الباجي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

مراكش، في
mardi 17 décembre 2019

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 3 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 8, Av. 253 Lamhamid
Marrakech - Tél : 05 24 36 01 82

الدكتور الباجي خالد
Dr. Khalid BAJI
Cardiologue
183, Av. Mohamed V, Guéliz
Marrakech. Tel : 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 : ABRADA ZAHRA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR BAJI KHALID

Estime que l'état de santé de Mme, M. ABRADA ZAHRA

Nécessite Perdu au 2 bras fracture humérus

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

الدكتور الباحي خالد
DR Khalid BAJI
Cardiologue
183 Av. Monarque, 4^e étage
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 séances

Nom & prénom :

| séance | date | heure |
|--------------------------|---------------|--------|
| 1 ^{ère} séance | le 20/12/2019 | 11h 00 |
| 2 ^{ème} séance | le 23/12/2019 | 11h 00 |
| 3 ^{ème} séance | le 26/12/2019 | 11h 00 |
| 4 ^{ème} séance | le 27/12/2019 | 11h 00 |
| 5 ^{ème} séance | le 30/12/2019 | 11h 00 |
| 6 ^{ème} séance | le 02/01/2020 | 11h 00 |
| 7 ^{ème} séance | le 06/01/2020 | 11h 00 |
| 8 ^{ème} séance | le 08/01/2020 | 11h 00 |
| 9 ^{ème} séance | le 10/01/2020 | 11h 00 |
| 10 ^{ème} séance | le 13/01/2020 | 11h 00 |
| 11 ^{ème} séance | le 15/01/2020 | 11h 00 |
| 12 ^{ème} séance | le 17/01/2020 | 11h 00 |
| 13 ^{ème} séance | le 20/01/2020 | 11h 00 |
| 14 ^{ème} séance | le 22/01/2020 | 11h 00 |
| 15 ^{ème} séance | le 24/01/2020 | 11h 00 |
| 16 ^{ème} séance | le 27/01/2020 | 11h 00 |
| 17 ^{ème} séance | le 29/01/2020 | 11h 00 |
| 18 ^{ème} séance | le 31/01/2020 | 11h 00 |
| 19 ^{ème} séance | le 03/02/2020 | 11h 00 |
| 20 ^{ème} séance | le 05/02/2020 | 11h 00 |

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

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

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute / physiothérapeute

N de patente : 67160455

ICE : 00082980100045

Marrakech le : 30/12/2015

Facture N : 10.90 A

| Désignation | Facture |
|---------------------|---------------------------|
| Nom du patient : | ame ABADA |
| Prénom du patient : | Zhara |
| Nature des soins | Reéducation fonctionnelle |
| Nombres de séances | 20 Séances |
| Prix unitaire | 100 Dh / séance |
| Prix globale | 2000 Dh |
| | |

Arrête la présent facture à la somme de :

deux mille dirhams

Signature

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6 M'hamid Marrakech
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 | rééducation fonctionnelle |
| Nombres de séances | 20 Séances |
| Prix unitaire | 1000h / Séance |
| Prix global | 20000h |
| Date début de séance | le 20-12-2019 |
| Date de fin de séance | le 05-02-2020 |

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

Signature


KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 6, Mhamid Marrakech
Marrakech Tel: 0524 36 01 82