

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W19-467006

40180

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	075739	Société : Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Veuve
Nom & Prénom : ABRADA ZAHRA			
Date de naissance : 10.07.1974			
Adresse : Lot Nahda N° 737 mhamid Manabch.			
Tél. :	06.66.07.63.49	Total des frais engagés : 2000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Monaverse 5, Guéliz Marrakech - Tel: 05 24 43 88 18			
Date de consultation : 20 JUIL. 2020			
Nom et prénom du malade : ABRADA ZAHRA Age: 46			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ACHA / ARC			
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 declare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :
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
20 JUIL. 2020	1	62		INP : IP: 071017347  Dr. Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Vichy 44100 Nantes Marrakech Tel. 05 24 43 88 18

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

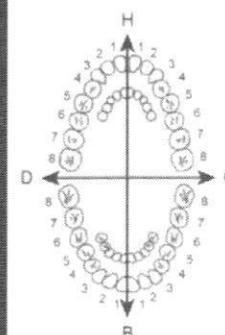
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ARIMA BOUTIRI Kinésithérapeute Rada 6, N° 100 Marrakech Tel. 05 24 36 01 82	20.07. 2020	X				2000 DH

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

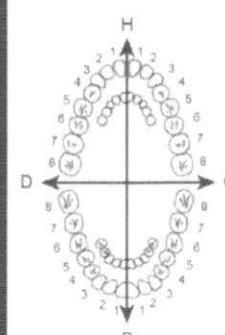
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[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

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute / physiothérapeute

N de patente : 67160455

ICE : 00082980100045

Marrakech le : 20/07/2020

Calendriers de séance de kinésithérapie et
physiothérapie : ... Mme ... Zahra ABBADA

Nom & prénom :

séance	date	heure
1 ^{ère} séance	Le 20/07/2020	12h00
2 ^{ème} séance	Le 22/07/2020	12h00
3 ^{ème} séance	Le 24/07/2020	12h00
4 ^{ème} séance	Le 27/07/2020	12h00
5 ^{ème} séance	Le 29/07/2020	12h00
6 ^{ème} séance	Le 03/08/2020	12h00
7 ^{ème} séance	Le 07/08/2020	12h00
8 ^{ème} séance	Le 10/08/2020	12h00
9 ^{ème} séance	Le 14/08/2020	12h00
10 ^{ème} séance	Le 24/08/2020	12h00
11 ^{ème} séance	Le 28/08/2020	12h00
12 ^{ème} séance	Le 31/08/2020	12h00
13 ^{ème} séance	Le 04/09/2020	12h00
14 ^{ème} séance	Le 07/09/2020	12h00
15 ^{ème} séance	Le 11/09/2020	12h00
16 ^{ème} séance	Le 14/09/2020	12h00
17 ^{ème} séance	Le 17/09/2020	12h00
18 ^{ème} séance	Le 18/09/2020	12h00
19 ^{ème} séance	Le 20/09/2020	12h00
20 ^{ème} séance	Le 21/09/2020	12h00

KARIMA BOURFIA
Kinésithérapeute
Salaam, 30, 6 M'hamid
Marrakech Tel : 05 24 36 01 82

KARIMA BOURFIA
Kinésithérapeute
Salaam, 30, 6 M'hamid
Marrakech Tel : 05 24 36 01 82

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute / physiothérapeute

N de patente : 67160455

ICE : 00082980100045

Marrakech le : 21/09/2020

Facture N : 1995

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

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

Signature

KARIMA BOURFIA
Kinésithérapeute
Seads 6 N° 383
Marrakech - tel : 05 24 36 01 82

Dr. BAJI Khalid

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

الدكتور الباقي خالد

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين
خريج كلية الطب ببنيس بفرنسا

مراكش، في
lundi 20 juillet 2020

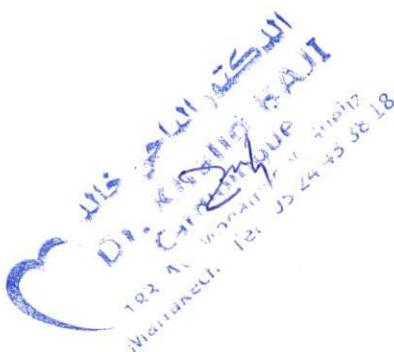
Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 2 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

KARIMA Bourfia
Kinistherapiste
Saada 01 22 33 33 55 Lamhamid
Marrakech Tel 05 24 43 88 18





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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 20 JUIL. 2028

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 20 JUIL 2020.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : *Dr BAJI KHALID* 
Dr Khalid BAJI
Cardiologue
103 AV VIGNEAU 1^{er} étage
Marrakech - Tel. 05.24.43.88.18

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ABBAKSA ZAHRA*

Présente *AVC / ACFA*

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

KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute/physiothérapeute

N° de patente : 67160455

Ice : 000829801000045

Marrakech le : 22/07/2020

DEVIS N° : 1790A....

Designation	devis
Nom	ame ABBADA
Prénom	Zahra
Nature des soins	Reéducation fonctionnelle
Nombres de séances	20 Séances
Prix unitaire	100 Dh / Séance
Prix global	2000 Dh
Date début de séance	Le 22/07/2020
Date de fin de séance	Le 21/09/2020

Arrêter le présent devis à la somme de : deux mille deux cent

Signature

KARIMA Bourfia
Kinésithérapeute
Saada 3, N° 300, 6 Mhamid
Marrakech Tel 0524360182