

## 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.



## Déclaration de Maladie.

N° W19-467006

40100

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07539 Société : Royale Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve

Nom & Prénom : ABBADA ZAHRA

Date de naissance : 10.07.1974

Adresse : Lot Nkhda N° 737 Mhamid Manabech

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. Monagier V. Gueliz  
Marrakech - Tél : 05 24 43 88 18

Date de consultation : 20 JUL 2020

Nom et prénom du malade : ABBADA ZAHRA Age : 46

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

Nature de la maladie : ALD / ALC

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration de maladie avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 16 JUL 2020

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
20. JUL. 2020	5	1	5	INP : <u>IP: 071017347</u>  <b>Dr. Khalid BAJI</b> Cardiologue 183 Av. Mohammed VI, Gueliz Marrakech Tel: 05 24 43 38 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

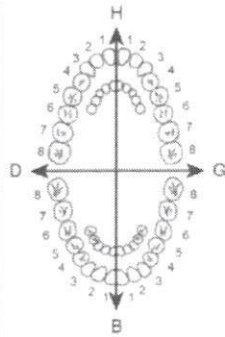
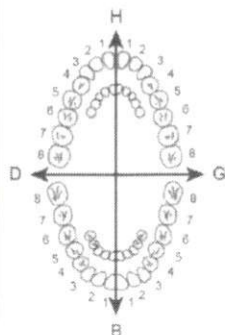
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <b>ARIMA Boulifa</b> Kinesithérapeute Casablanca 6, N° 100000000 Marrakech Tel: 05 24 36 01 82	20.07.2020	α				2000 dh

### 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 : <u>                    </u>											
				COEFFICIENT 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		COEFFICIENT 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412		21433552											
	D	00000000		00000000											
	G	00000000		00000000											
	B	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 Zohra ABBADA

Nom & prénom :

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

KARIMA BOURFIA  
Kinésithérapeute  
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 : 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 dixhuit

Signature

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

**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 .....  
lundi 20 juillet 2020

Mme ABBADA ZAHRA

AVC - RM - ACFA

Reeducation fonctionnelle 2 séances par semaine

QSP TROIS MOIS

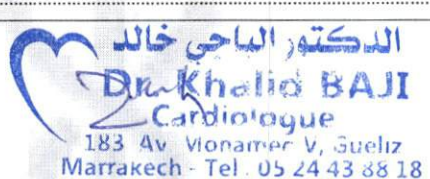
KARIMA Bourfia  
Kineithérapeute  
Seadech 123 Lamnamid  
Marrakech Tél : 05 24 43 81 87

الدكتور الباجي خالد  
Dr. BAJI Khalid  
123 Av. Mohamed V - Guéliz  
Marrakech. Tél : 05 24 43 81 87



# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le .....20 JUL. 2020.....

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 : <u>DR BAJI KHALID</u>		
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>ABIDA ZAHRA</u>		
Nécessite <u>REEDUCATION FONCTIONNELLE</u>		
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) :		
<u>ACFA / AVC</u>		
.....		
.....		
.....		
Cachet, date et signature du praticien	 <p>الدكتور الباجي خالد Dr. Khalid BAJI Cardiologue 183 Av. Vionamer V, Gueliz Marrakech - Tel. 05 24 43 88 18</p>	
20 JUL. 2020		
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 ..20..JUIL..2020.....

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
(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
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Trois mois
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

# KARIMA BOURFIA

Kinésithérapeute/physiothérapeute

N° de patente : 67160455

Ice : 000829801000045

Marrakech le : ...20/07/2020....

DEVIS N° : 1790A.....

Designation	devis
Nom	Mme 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..... Dirhams.....

Signature

KARIMA BOURFIA  
Kinésithérapeute  
Saada 6, N° 383 Mhamid  
Marrakech Tel 05 24 36 01 82