

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0024529

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9385 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHALAK Ziad

Date de naissance : 05/10/62

Adresse : 288 Leila Anlaoussia Dm37 A/104 Cas

Tél. : 0661484827 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 JAN 2023

Nom et prénom du malade : CHALAK Ziad Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ 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 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
06 JAN 2023			300	Docteur O. JARABO Enfants et Adultes Maladies Respiratoires Maladies du Sommeil

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PSAD MAROC s.r.l. 2ème Etage N° 1000 Youssra Center Rond Point d'Europe Casablanca ICE: 00219100000023 Tél: 0522 22 62 13 / 0661 69 66 49	08/02/23					700,000 017

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre des Maladies du Sommeil

Docteur O.H LARAQUI

Syndrome d'apnées du sommeil, hypersomnolence

Insomnie, Décalage de phase

Mouvements périodique des jambes

Diplôme National Français des Maladies du Sommeil

Diplôme de Prise en Charge de l'Insomnie

الدكتور عمر العراقي

انقطاع التنفس أثناء النوم، الإفراط في النوم

الأرق

حركات الساق الدورية

دبلوم وطني فرنسي في أمراض النوم

دبلوم في معالجة الأرق بالعلاج المعرفي السلوك

26 JAN 2023

M. ZIAD CHALAK

- Un Humidificateur avec circuit chauffant

PSAD MAROC sarl
2ème Etage N° 7 Imm Youssef Center
Rond Point d'Europe, Casablanca
ICE: 002191689000023
Tél: 0522 22 62 13 / 0661 69 66 49

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

778, Bd. Bd El Qods 4^{ème} étage - Casablanca - Tél. 05-22-48-26-86 / 06-67-02-45-40

Facebook : -Centre d'Exploration Respiratoire d'Allergologie et du Ronflement

-Centre des Maladies du sommeil – Instagram : cmsmaroc / cerar_maroc

Site web: www.cerar.ma / www.cmsmaroc.com

M. CHALAK Zaid

Date: 08/02/2023

Facture N°23/060

Code Client : 523

Code	Désignation	U	Qt	PU TTC	Total TTC DH	TVA%
-	CIRCUIT CHAUFFANT	U	1.00	700.00	700.00	20.00

Mode de règlement : Chèque

Echéance de paiement : 10/03/2023

Signature

PSAD MAROC sarl
2ème Etage N°7 Imb Youssra Center
Rond Point d'Europe, Casablanca
ICE: 002191689000023
Tél: 0522 22 62 13 + 0661 69 66 49

Une fois que votre facture enregistrée, il n'est plus possible de antidater, postc

 **PAYÉ**
le 08/02/2023

Total H.T. :	583.33 DH
TVA 20.00 %	583.33 HT 116.67 DH
Total TTC :	700.00 DH
Arrêté la présente	700.00 DH

Arrete la présente facture à la somme de : Sept cents Dirhams