

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° W19-528345

ACC
CEDARMA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 958C	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ETALAK Ziad			
Date de naissance : 05/06/62			
Adresse : Résidence du Rêve à la Réussite IMM37 APDU Casablanca			
Tél. : 0661181027 Total des frais engagés : 3000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Docteur O. LARAQUHOSSINI Enfant et Adultes Maladies Respiratoires Allergiques Maladies du Sommeil			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04 AOUT 2022			
Nom et prénom du malade : ZIAK			
Lien de parenté : Lui-même			
Nature de la maladie : Bocteur O. LARAQUHOSSINI			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Enfant			
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 : 08 AOUT 2022

Signature de l'adhérent(e) : H. HAKANI

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-528345	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	958C
Nom de l'adhérent(e) :	Ziad ETALAK
Total des frais engagés :	3000 Dhs
Date de dépôt :	04 AOUT 2022

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
AVR 2022	5		950,00	INP 05/04/2022 Docteur O. LARAB Enfants et Adultes Respiratoires et Inflammatoires du Système

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Date de l'exécution <input type="text"/>

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Docteur O.H. LARAQUI

Maladies Allergiques Respiratoires
Ronflement et Apnées du Sommeil
DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de la société de Pneumologie de Langue Française
Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

04 AOUT 2022

M. Ziad CHALAK

Devis

Polysomnographie (K₇₁) avec surveillance en temps réel durant toute la nuit (tracés + caméra-vidéo) et une chambre d'enregistrement = 3 000 DHS

(Trois mille dirhams)

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



778, Bd El Qods 4^{ème} étage, Casablanca- Tél: 05-22-48-26-86

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 04/08/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9385 e-mail : chalak.fiad.jl. Phones : 0661684827

Nom et Prénom de l'adhérent : CHALAK Fiad@yahoo.fr

Nom et Prénom du bénéficiaire : CHALAK Fiad

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Docteur O. LARAQUI HOSSINI

Estime que l'état de santé de Mme, M. : CHALAK 27 ans

Nécessite : une maladie de longue durée

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : Physiopathologie (K71)

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) :

Cachet, date et signature du praticien : 04 AOUT 2022

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

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.

