

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

- Reclamation : 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-728297

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 305 Société : 134121

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAÏER LAHSEN

Date de naissance : 22/09/38

Adresse : 12 IMPASSE DAÏET HACHIAÏ CASABLANCA

Tél. : 0672406347 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DOSSIER EN VOTRE POSSESSION

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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.

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 : CASABLANCA Le : 13/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

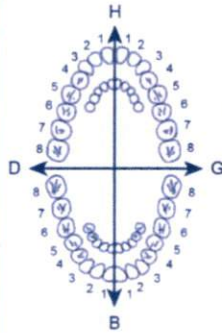
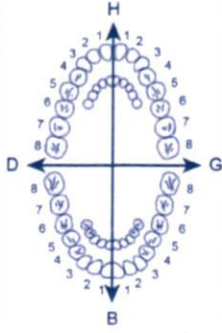
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OXYLIFE , Av Abdelhadi Boutaleb ute d'Azemour - Casablanca Tél: 0522 94 0695	08/03/2022 08/10/2022		2	0	0	800 DH
			Longue durée	pas	mon	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION									

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE N° 4610/2022

ICE: 002037093000011

Mr CHAIEB LAHSEN

Date début : 08/09/2022
Date fin : 08/10/2022

Désignation	Quantité	Prix unitaire HT	Prix total HT
LOCATION CPAP	1	666,67	666,67
			-
		Total HT	666,67
		TVA 20%	133,33
		Total à payer	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Huit cent Dirhams

OXYLIFE
46, Av Abdelhadi Boutaleb
Ex Route d'Azemour - Casablanca
Tél: 0522 94 06 95

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 08/02/2021.

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 :	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>CHACB. LAHOU</u>	
Nécessite <u>la polygraphie veul'hôpital</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>P.g. K43 polygraphie veul'hôpital</u>	
Une hospitalisation de (approximatif) <u>801 2021/02/04</u>	
A (préciser l'établissement hospitalier) <u>CHU Hassan II</u>	
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	
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.



Consultations :

- Pneumophysiologie
- Allergologie - Asthme
- Sommeil et ronflement
- Sevrage tabagique
- Réhabilitation respiratoire
- Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique :

- Pléthysmographie
- Spirométrie - Oscilling
- Polytomnographie
- Gaz du sang artériel
- Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle :

- Fibroscopie bronchique
- Bronchoscopie rigide
- Thoracoscopie

الدكتور محمد الإبراهيمي
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

Casablanca le 07/10/2021

A l'intention du Médecin Conseil

Mon cher confrère,

Monsieur Lahsen CHAIEB né le 23/09/1938 présente un syndrome d'apnées centrales du sommeil, dont l'index est de 30 arrêts respiratoire par heure de sommeil.

Ce syndrome est responsable de complications cardio-vasculaires à moyen et long terme qui justifient un traitement au long cours par pression positive continue (CPAP cs).

Je vous rapporte ces informations pour la procédure administrative d'entente préalable à la prise en charge de la location de la CPAP CS

Je reste à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires.

Bien confraternellement.