

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

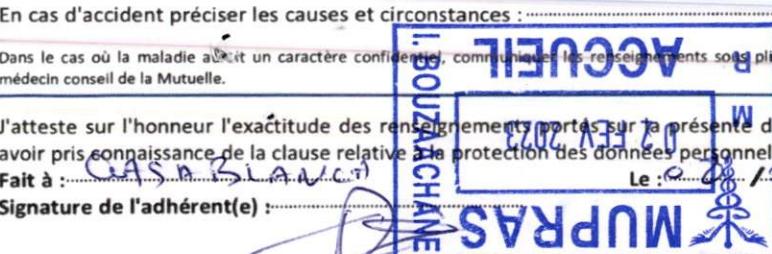
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 100305	Société : 147761		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN			
Date de naissance : 23/09/1937			
Adresse : CASABLANCA			
Tél. : 0672416347		Total des frais engagés : 800,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Dossier En Votre Possession.</div> <p>Date de consultation : / /</p> <p>Nom et prénom du malade : _____ Age: _____</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : APnée du Sommeil.</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p style="text-align: right;">Dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p>		
-------------------------------------	--	--	--

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 : **04/02/2023**

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	

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 Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OX LIFE 6, Av. Abdellah Boutaleb Centre d'Azemour-Casablanca Tél: 0522 94 06 95	04.08.2023 04.08.2023	Location chape moto	Chap 1			800 DA

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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 .. 35533411 11433553 B
				[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

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

Laboratoire de physiologie clinique
 Pléthysmographie
 Spiromtrie - Oscilling
 Polysomnographie
 Gaz du sang artériel
 Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
 Fibroscopie bronchique
 Bronchoscopie rigide
 Thoracoscopie

الدكتور محمد إبراهيم
 Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
 Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري
 Dr. Arabi NACIRI
 Professeur agrégé
 Pneumophysiologue

Casablanca le 20/12/2022

Monsieur CHAIEB Lahsen

Location de CPAP Cs x 12 mois

Prendre rendez-vous sur : casa.souffle@gmail.com

OXYLIFE
 46, Av Abdellah Boutaleb
 Route d'Azemour - Casablanca
 Ex Route d'Afrique - Casablanca
 Tel: 0522 94 06 95

CMR EL IBRAHIMI Mohamed
 5 bis, Rue Ibnou Babik
 Quartier Racine Maârif . Casablanca
 Tel: 05 22 94 92 46 . Fax: 05 22 94 91 23



FACTURE N° 9401/2023

ICE: 002037093000011

Mr CHAIEB LAHSEN

Date début : 08/12/2022
Date fin : 08/01/2023

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 cents Dirhams

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

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

Laboratoire de physiologie clinique :

- Pléthysmographie
- Spirométrie - Oscillometry
- Polysomnographie
- Gaz du sang artériel
- Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle :

- Fibroscopie bronchique
- Bronchoscopie rigide
- Thoracoscopie

الدكتور محمد العزيز الناصري
Dr. ACHAMMED EL IBRAHIMI
Professeur agrégé
Pneumophysiologiste

الدكتور محمد العزيز الناصري
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologiste

Casablanca le 07/10/2021

A l'intention du Médecin Conseil

Mon cher frère,

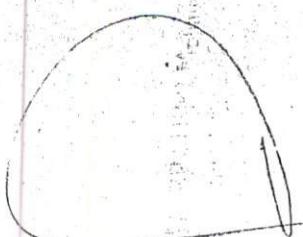
Monsieur Lahsen CHAIEB né le 23/09/1938 présente un syndrome d'apnées centrales du sommeil, dont l'index est de 30 arrêts respiratoires par heure de sommeil.

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.





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. CHAIB LAHOU

Nécessite une radiographie pulmonaire

Un acte codé à la nomenclature (préciser le coefficient)

D.G. 1C43 radiographie pulmonaire

Sur 2021/02/08

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

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.