

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-728305

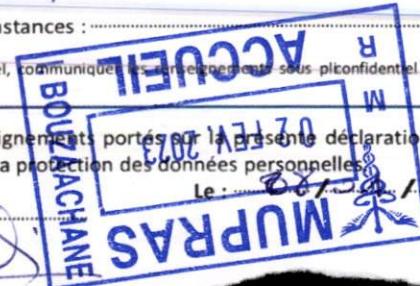


<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00305	Société : ALI AZZAF		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN			
Date de naissance : 23/09/1938			
Adresse : CASABLANCA			
Tél. : 0672 406347	Total des frais engagés : 800,00 DH Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		Dr. Mohammed ELIBRAHIMI
		Pneumophysiologue
Cachet du médecin :		5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca Tél. 05 22 94 92 16 - 05 22 94 93 47
DOSSIER EN VOTRE POSSESSION		
Date de consultation :	20/12/2022	
Nom et prénom du malade :	CHAIEB - LAHSEN	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Syndrome Apnée de Sommeil	
Age:		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-plconfidential 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
Signature de l'adhérent(e) :



2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20.01.2022	C3		3.000.00 DH 5 Bio	Mohamed Beldjedid Infirmier-Ophtalmologue Télé: 05 22 99 92 46 - 05 29 04 93 47
				INF: 05 22 99 92 46

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OXYDIFER 46, Av Abdellah Bouteflika Route d'Azemmour Casablanca Tel: 0522 94 06 96	04.08.12.22 04.08.01.23	Location CPAP+1 mois				800 Dhs

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION



CMR
EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

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

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

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبرachi
Dr. Mohammed EL IBRAHIM

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 Abdelhadi Boutaleb
Ex Route d'Azemour - Casablanca
Tél: 0522 94 06 95

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



FACTURE N° 10101/2023

ICE: 002037093000011

Mr CHAIEB LAHSEN

Date début : 08/01/2023

Date fin : 08/02/2023

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
Tel: 0522 94 06 95



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 08.../02.../2001.

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^r : CHAIC B. Lahcen

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

D.G. K43. (rally phie vali hokir)

8021 2001/02/14

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.

Consultations :

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

Laboratoire de physiologie clinique :

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

Endoscopie diagnostique et interventionnelle :

- Fibroscopie bronchique
- Bronchoscopie rigide
- Thoracoscopie

الدكتور مصطفى
Dr. Achammed EL IBRAHIMI
Professor agrégé
Pneumophysiologiste

الدكتور ناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologiste

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 fraternellement.

