

## 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.

N° W21-608550

67232

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>DOZOS</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHAIEB LAHSEN</b>			
Date de naissance : <b>23/09/38</b>			
Adresse : <b>12 IMPASSE DAÏET HACHLAF - CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>0672406347</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

<p style="text-align: center;"><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>DOSSIER EN NOTRE POSSESSION</b> </div> <p>Date de consultation : / /</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même      <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint      <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <b>APNFE DU SQUELETTE</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p style="text-align: center;">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.</p>	<div style="text-align: center;">  <p><b>MUPRAS</b></p> <p style="text-align: center;">15 AVR. 2021</p> <p style="text-align: center;">Ag. ....</p> <p style="text-align: center;">ACCUEIL</p> </div>
---	--

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) : **H. B. B.**

Le : **15/04/2021**

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

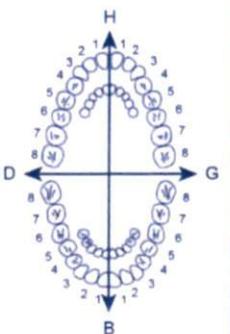
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

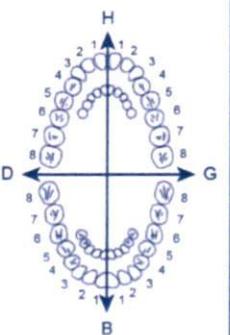
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Leucotribe 104, Rue Normandie Rue Abu Moussa El Jadida Vine Etage Casablanca - Tel: 05 22 22 22 00 RC: 137201 - IF: 1102001	08/03/97 08/04/97 08/04/97	Localisation CPAP CS				11000 Dhs

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

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**  
Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد إبراهيمي  
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI

Pneumophysiologue

Casablanca le 08/02/2021

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 des frais engagés par le patient pour le diagnostic et le traitement.

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

Bien confraternellement.

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue  
5 bis Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

## FACTURE 5203/2021

ICE: 000028045000064

Date début : 08/03/2021

Date fin : 08/04/2021

CHAIBE LAHSSEN

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Prix total TTC
Location CPAP CS	1	1 200,00	1 200,00
TOTAL			1 200,00

Total HT	1 000,00
TVA 20%	200,00
Total à payer	1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille Deux cent dirhams

Leucothée SARL  
64, Rue Normandie  
Angle Rue Abou Moussa El Jazouli  
2ème Etage Casablanca - Tel: 0522228070  
RC : 137201 - IF : 1102001