

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° W21-688654

106859



| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <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 : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : CHAIEF LAHSEN | | | |
| Date de naissance : 23/09/38 | | | |
| Adresse : 12 IMPASSE DAIFT HACHLAF - CASAB | | | |
| Tél. : | 0672406347 | Total des frais engagés : | Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | / |
| Nom et prénom du malade : | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/03/2022

RELEVÉ 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 |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|--|-------------------|----------|------|--------|--------|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| OXYLIFE | 08/04/2022 | Louetion | CPAP | 1 mois | 800 DH | |
| 46, Av Abdelhadi Boutaleb Ex Route d'Azemour - Casablanca Tel: 0522 94 06 95 | 08/05/2022 | | | | | |

REVIEW 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 08.../02.../2021.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent : E-mail : Phone :

Nom et Prénom du bénéficiaire : _____

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime quel l'état de santé de Mlle. Mme. M. v - *santez lahan*

Nécessite une régularisation

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Ran K113 8/15/11

www.english-test.net

Surf 2021/2022 Hs 30 /

Une hospitalisation de (approximatif) jours

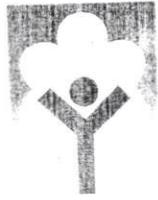
A (préciser l'établissement hospitalier) _____

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 : | |
| <hr/> <hr/> <hr/> | |

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 :

- Pneumophisiologie
- Allergologie - Asthme
- Sommeil et ronflement
- Sevrage tabagique
- Réhabilitation respiratoire
- Chocologie

Laboratoire de physiologie clinique :

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

Endoscopie diagnostiqu et interventionnelle :

- Fibroscopie bronchique
- Bronchoscopie rigide
- Thoracoscopie

الدكتور ع. الناصري

Dr. Achraf NACIRI

Professeur agrégé

Pneumophysiologue

Dr. Mohammed EL IBBARI

Spécialiste en apnée

Casablanca le 07/10/2021

A l'intention du Médecin Conseil

Mon cher confrère,

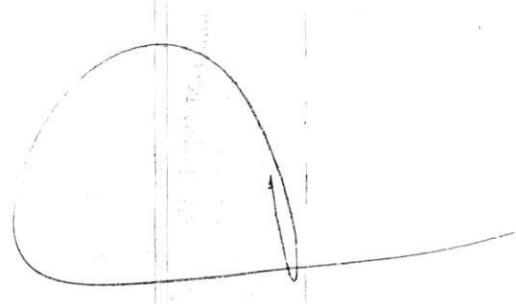
Monsieur Lahsen CHAIEB né le 23/09/1938 présente un syndrome d'apnées centrales du sommeil, dont l'index est de 30 arrêts respiratoire par heure de sommeil.

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.





FACTURE N° : 2603/2022

ICE: 002037093000011

MR CHAIEB LAHSEN

Date Début : 08/02/2022
Date fin : 08/03/2022

Arretée la présente facture à la somme de : Huit cents Dirhams

OXYLIFE
46, Av Abdellah Boutaleb
Ex Route d'Azemour - Casablanca
Tel. 0522 92 06 95