

## 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.

N° W21-698707

186071

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 20305 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN

Date de naissance : 23/09/38

Adresse : 12 IMPASSE DAÏET HACHLAF

Tél. : 0672006347

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DOSSIER EN VOTRE  
POSSESSION

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 : 16/08/2022

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 - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OXFAM 6, Avenue d'Azemmour - Casablanca Tél: 0522 91 04 05	18/01/2012 du 05/02/2012	Location d'un P 1 mois + achat d'assurance				2000 DH + 4000 = 12000 DH

#### 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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		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"/>												
		<b>H</b> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000 00000000																
35533411 11433553																
B																
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# 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 Mme, M. .... *Chareb Lahcen*  
 Nécessite ..... *Urgence polygraphie urinaire*  
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

*P.4. K43 - polygraphie urinaire*  
*8021 2021/02/08 14*

Une hospitalisation de (approximatif) .....  
 A (préciser l'établissement hospitalier) ..... *DR. Rachid El MRAHIM*

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

.....

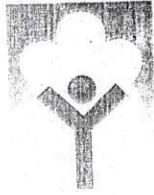
.....

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

## Endoscopie diagnostique et interventionnelle :

- Fibroscopie bronchique
  - Bronchoscopie rigide
  - Thoracoscopie

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI

SCHILLER

Dr. André NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

Casablanca le 07/10/2021

### A l'intention du Médecin Conseil

Mon cher confrère,

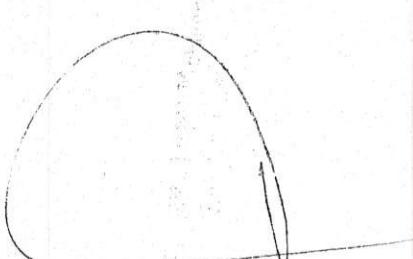
Monsieur Lahsen CHAIEB né le 23/09/1938 présente un syndrome d'apnées centrales du sommeil dont l'index est de 30 arrêts respiratoire par heure de sommeil.

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.



FACTURE N°: 5708/2022

ICE: 002037093000011

Mr CHAIEB LAHSEN

Date début : 08/07/2022

Date fin : 08/08/2022

Désignation	Quantité	Prix unitaire HT	Prix total HT
LOCATION CPAP	1	666,67	666,67
ACHAT D'HARMATURE	1	333,33	333,33
			-
		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 cents Dirhams

**OXYLIFE**  
 46, Av Abdelhadi Boutaleb  
 Ex Route d'Azemour - Casablanca  
Tel: 0522 91 06 95