

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° W21-782900

156348

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0305		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAIK LAHSEN
Nom & Prénom : CHAIK LAHSEN		Date de naissance : 23/09/38	
Adresse :			
Tél. : 0661260269		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Original entente Préalable en votre possession			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : CHAIK LAHSEN Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Localisé A l'air pour APNÉE du sommeil			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/04/2023

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 Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
OXYLIFE	08/04/23	Leletion	CPAP	2	1600 Dhs
10, Av Abdessadi Boutaleb Route d'Azemour - Casablanca		mois			
Tel: 0522 94 06 95					

Facture

N°: F0803/2023
 Date : 03/03/2023
 Début : 08/02/2023
 Fin : 08/04/2023

Client : CHAIEB LAHSEN
 Adresse: CASABLANCA
 Code Client : 0000148
 Bon De Commande client N°:

Reference	Désignation	N°Serie	Quantité	Durée/m	Prix unitaire HT	Prix total HT
37102	LOCATION CPAP S10	S/N 23211224529		2	666,67	1 333,33
						-
						-
						-
						-
						-
					Total HT	1 333,33
					TVA 20%	266,67
					Total à payer	1 600,00

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

Endoscopie diagnostique et interventionnelle :

- Fibroscopie bronchique
- Bronchoscopie rigide
- Thoracoscopie

الدكتور محمد العلوي
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

Casablanca le 07/10/2021

A l'intention du Médecin Conseil

Mon cher frère,

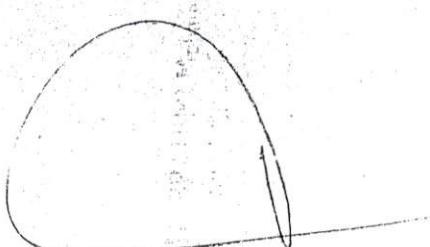
Monsieur Lahsen CHAIEB né le 23/09/1938 présente un syndrome d'apnées centrales du sommeil, dont l'index est de 30 arrêts respiratoire par heure de sommeil.

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.





DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 08.../02/2007,

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. V. : S. H. O. S. B. La huit

Nécessite 10 ans pour 50% de ville

Un acte coté à la nomenclature (spécifier le coefficient)

On accéde così à la nomenclature officielle (et efficace) ...

B.C. K43. religio. phis. cult. history

Digitized by srujanika@gmail.com

2002-03-01 00:00:00 2002-03-01 00:00:00

Une hospitalisation de (approximatif) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

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 rejetter.