

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-0023132

192974

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.N.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABDELLAOUI HAMDOUNE  
 Date de naissance : 1973  
 Adresse : Villa 72 lot Air Diable Air Diah Casablanca  
 Tél. : 0662780711 Total des frais engagés : 14300,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : ABDELLAOUI HAMDOUNE Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 31 / 1 / 2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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
17/01/2023	CS	-	300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
17/01/2023 MOROCCO Tel: 0608 612 362 Fax: 0608 612 362	17/01/2023	14000,00 DH

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date	code client	page
31/01/2024	L025 01	1

Facture N°: L025 01 / 24

**Mr ABDELLAOUI HAMDOUN**  
Casablanca

Référence	désignation	quantité (sem de location)	PU	TOTAL
D004-02	<b>CPAP ResMed Airsense 11 autoset</b> <i>NS : 23231191348 DN548</i>  Garantie 36 mois pièce et main d'œuvre avec mise à disposition d'appareil équivalent durant la réparation Maintenance préventive semestrielle pendant 36 mois Suivi contrôle et rapport médicaux Mensuel	1	14 000,00	14 000,00

<b>TOTAL TTC</b>	<b>14 000,00</b>
------------------	------------------

Arrêté le présent devis à : Quatorze mille sept dirhams

  
OXYVIE Sarl  
Tel: 0608 642 433 Fax: 0808 542 302



— درهم

**PAYEZ CONTRE CE CHÈQUE**

ادفعوا مقابل هذا الشيك

Quatorze mille dix-huit

À L'ORDRE DE

oxyvič

**PAYABLE À  
TOUTES LES AGENCES**

جميع الوكالات  
يؤدي في

ÉMIS À

Case black

31/01/2024

**SIGNATURE**

التوقيع

**SOCIETE GENERALE**

043 00 107109 61  
ABDELLAOUI HAMDOUNE

CHÈQUE SERIE ABB N° 5071231

La signature ne doit pas atteindre la zone ci-dessous

يجب ألا يصل التوقيع إلى الحيز الموجود أسفله

000050712314022780A0000430010710953A7C0

Page le 31/01/2024

1000  
DIXIE  
MARC SART  
433 Fax 0808 542 3

Tel: 0608 642 433 Fax 0808 542 307

Casablanca le 31 janvier 2024

### **Attestation de garantie**

La présente garantie est délivrée à **Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE**,  
couvrant les prestations de garanties pièce et main d'œuvre avec mise à  
disposition d'appareil équivalent en cas d'immobilisation pour son  
appareil ci-dessous :

**Appareil : CPAP**

**Modèle : AIRSENCE 11 autoset**

**Marque : RESMED**

**N° de série : NS : 23231191348 DN548**

**Date d'achat : 31 / 01 / 2024**

**Validité de la garantie : 31 /01/2026**



**OXYVIE**  
Maroc Sarl  
Tel: 0608 642 433 Fax: 0608 642 302



Casablanca le 27 novembre 2023

## Attestation transport matériel médical

**Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE** présente un syndrome d'apnée du sommeil sévère avec désaturation associé à des facteurs de risques cardiovasculaires nécessitant le recours à la CPAP au cours du sommeil.

La CPAP autopilotée permet de corriger les événements respiratoires nocturnes et éviter les complications cardiovasculaires telles l'hypertrophie ventricule gauche, trouble du rythme, la fragmentation du sommeil par les micro-éveils.

Cet appareil est classé par la classification internationale commune des actes médicaux :

**Sous le code CCAM : GLL D003**

**Libellé :** Ventilation spontanée au masque facial avec pression positive permettant de corriger les événements respiratoires désaturants ou entraînants des micro-éveils.

**Description :** appareil assistance respiratoire

**Appareil :** Resmed AirSence 11 autoset

**SN° :** NS : 23231191348 DN548

Nous vous prions de bien accepter cher (e) Madame Monsieur nos sincères salutations.

### **English Summary :**

This certificate is for international trip and customs. **Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE**, present a Sleep apnea syndrome with hypoxemia and cardiovascular risk factors which must by CPAP to prevent respiratory and cardiac complications. Thank for any help can you provide him.

Docteur Abdellah El Haiba

SPECIALISTE EN  
PNEUMOPHTISIOLOGIE

Diplômé de l'Université de Paris  
Membre de la société Française  
de Tabacologie



الدكتور عبد الله الهيبه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

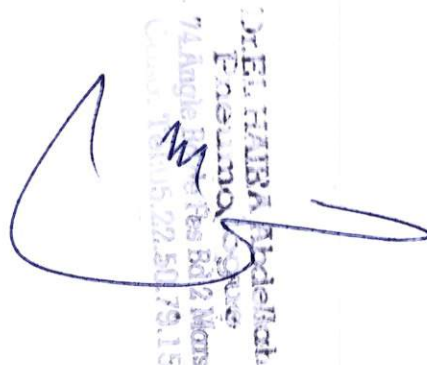
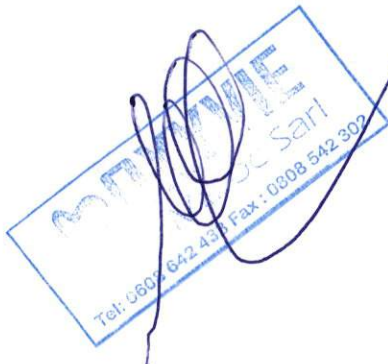
Diplômé d'Echographie  
Diplômé de Tabacologie  
Maladies de Poumons - Asthme  
Tuberculose - Allergie respiratoire  
Aide au sevrage tabagique

Casablanca, le : 17/01/2024 : الدار البيضاء، في

Dr Abdellah El Haiba

Syndrôme d'apnée du sommeil  
Sévère IAH 36=14

CPAP autonome Polse  
durée courte







contact@mupras.com



Nouveau message

Boîte de réception 3

Messages suivis

En attente

Important

Messages envoyés

Brouillons 1

Catégories

Réseaux sociaux

Notifications 10

Forums

Promotions 32

Plus

Libellés

## DEMANDE COMPLEMENT ACCORD

Boîte de réception x

pec\_mup@mupras.com

14 no

Bonjour , nous vous informons que votre demande accord est en instance pour motif : prières de nous envoyé le devis . merci



Hamdoune Abdellaoui &lt;abdellaouihamdoune@gmail.com&gt;

15 nov. 2023 11:14

À pec\_mup

Mme

Bonjour

Ci joint Devis demandé

b reception

1 pièce jointe • Analyse effectuée par Gmail



Echange avec Mupras  
pour accord préalable.

Polygraphie déjà fournie dans  
demande d'accord préalable



Nouveau message



Boîte de réception 3

Messages suivis

En attente

Important

Messages envoyés

Brouillons 1

Catégories

Réseaux sociaux

Notifications 10

Forums

Promotions 32

Plus



Hamdoune Abdellaoui <abdellaouihamdoune@gmail.com>

15 nov. 2023 15:02

À PRISE

Mme Mr

Bonjour je viens d etre informé par le service en charge des ententes prealables de l accord pour l acquisition d une machine CP/

Svp qu en est il de la prise en charge , compte tenu du montant de la depense?

Devrai je me debrouiller pour avancer les 14000 dh ?

Merci pour retour

Abdellaoui.H

Mle 4214

Forwarded message

De : Hamdoune Abdellaoui <abdellaouihamdoune@gmail.com>

Date: mer. 15 nov. 2023, 11:14

Subject: Re: DEMANDE COMPLEMENT ACCORD

To: <pec\_mup@mupras.com>

1 pièce jointe • Analyse effectuée par Gmail

Libellés

Nouveau message

Boîte de réception 3

Messages suivis

En attente

Important

Messages envoyés

Brouillons 1

Catégories

Réseaux sociaux

Notifications 10

Forums

Promotions 32

Plus

Libellés



Hamdoun Abdellaoui <abdellaouihamdoun@gmail.com>

jeu. 16 nov. 2023 17:21

À PRISE

[MME.MR](#)

Bonjour

Svp si la prise en charge n est pas possible

Je renouvelle ma demande d avoir le montant qui me sera remboursé pour la CPAP. afin de m organiser pour son financement

Je signale que c est un montant de 14000

Merci



Hamdoun Abdellaoui <abdellaouihamdoun@gmail.com>

20 nov. 2023 12:24

À contact, Yassine

Mme

Bonjour

En l'absence d'une prise en charge directe de la part mupras , je reitere ma demande de precision du montant du forfait Mupras p  
taux de remboursement ) afin que je puisse prevoir le financement de l achat dec14000dh!

C est comme même une info disponible !