

## 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

N° W19-417012

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08392 Société : RAJ

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELM DAGHRI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522699025 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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 : Accueil Siege, Ram / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-417012

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 08392

Nom de l'adhérent(e) : ELM DAGHRI

Total des frais engagés : 800

Date de dépôt : 08/10/19

### 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
				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

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>oxydom sari</i>	24/09/18					800,00

Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rabat  
 Maarif - Casablanca  
 Tél: 0522.86.23.67 Fax: 0522.45.20.67  
 GSM: 0663.43.86.31  
 PAT: 35890244 / RC: 144393  
 ICE: 000206172000089

#### VOLET ADHERENT

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

### 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	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														
	<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>	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															
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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 de facturation 24/09/2019

Nom: EL MDAGHRI NAJAT

Date début: 24/09/2019

N° téléphone : 0664 00 97 32

Date Fin: 24/10/2019

Médecin : ELIBRAHIMI NADIA

Devis N°: EL MDAGHRI NAJAT/28/2/2019/00144

Code client: 00987

## Facture FA19/3793

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
FR565S	[FR565S] PPC REMSTAR AUTO A-Flex SYSTEM ONE V3 LOCATION • S/N P037551297458	1,000	800,00	20%	666,67 DH
<b>Total HT</b>					666,67 DH
20%					133,33 DH
<b>Total TTC</b>					<b>800,00 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: huit Cent DH zéro Centime

### OXYDOM sarl

Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés.Wafa  
Maârif - Casablanca  
Tél : 0522 86.23.07 - Fax : 0522 86.20.84  
GSM: 0663 43 86 31  
PAT : 35890244 / RC : 144593  
ICE : 000206172000089

**Siège commercial CASABLANCA :**  
Résidence du Palais IV. N°1, rue Arago.  
Quartier des Hôpitaux. CP 20360  
Tél: 0522 863 3 23 / fax: 0522 862 084  
GSM: 0663 438 631  
Email : contact@oxydom.ma  
ICE: 000206172000089

**Siège commercial RABAT :**  
Im. N° 18 , Appt N°1. Résidence Safsaf  
Rue Aguelmane Sidi Ali. Agadal.  
Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.rabat@oxydom.ma

**Siège commercial FES :**  
Appt n°1 1ER étage. Résidence Rayan  
Av. Al Madina Monaouara.  
Lot Amal 2, Narjis. CP 30070.  
Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543  
GSM : 0663 438 631  
Email : contact.fes@oxydom.ma

**Siège social :**  
20, rue Al Ghadfa. Résidence Wafa  
Maârif 20100. Casablanca. Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Bir Anzarane Casa  
Compte N°0540005114783



Consultations :  
Pneumotisiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et confinement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique  
Péthénographie  
Spirométrie - Oximétrie  
Polysomnographie  
Sat de sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscope diagnostique  
et interventionnelle  
Fibroscope bronchique  
Bronchoscope rigide  
Thoracoscopie

الطبيب محمد العبدوي

Dr. Mohammed EL BDAHMI  
Pneumotisiologue

الطبيب العربي

Dr. Arabi HACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumotisiologue

Casablanca le 18/04/2019

Madame EL MDAGHRI Najat

Location de CPAP auto-pilotée x 6mois à partir du 25 fev 2019

Prendre rendez-vous sur : [casasouffle@gmail.com](mailto:casasouffle@gmail.com)

**OXYDOM sarl**  
Siège Social: 20, Rue Al Ghadba, Rés. Wafa  
Madrinet - Casablanca  
Tel: 0522 86.23.07 - Fax: 0522 86.20.84  
GSM: 0663 43.86.31  
PAT: 35890244 / RC: 144593  
ICE: 000200172000089

Dr. Mohammed EL BDAHMI  
Pneumotisiologue  
5 bis, Rue Hassan Echik - Casablanca  
Tel: 05 22 94 97 46 - 05 22 94 97 47