

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-553547

38850

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8092 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : KADIRI Mostafa

Date de naissance : 14/9/1960

Adresse : .....

Tél : ..... 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 : CASablanca Le : 22/7/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[illegible]

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

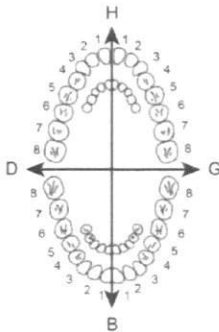
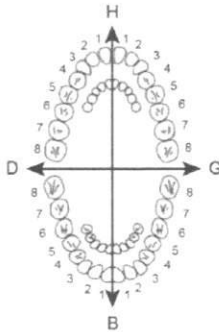
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OXYDOR sari</b> Rés. Wafa 20, Rue Al Gharda Casablanca Maârif - Tel : 0522.86.23.57 - Fax : 0522.86.23.57 GSM : 0663.43.86.31 PAT : 35890244 / RC : 144593 ... 000206172000089	20/04/2024					850,00

# 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											
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>B</b>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

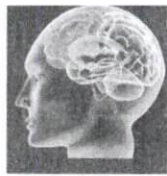
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Naila MIDAFAI**  
**Neurologue**

Spécialiste des maladies du cerveau,  
de la moelle épinière, du nerf et du muscle  
Specialiste des troubles du sommeil  
Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires  
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,  
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

**Explorations Electroneurophysiologiques**  
Electroencéphalogramme (EEG)  
Electroneuromyogramme (EMG)



**الدكتورة نائلة مضافي**

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
أخصائية في اضطرابات النوم  
الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ  
مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب  
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)  
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)  
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

26 Août 2020

Casablanca, le :

Cher confrère ,

Permettez moi de vous adresser Monsieur KADIRI Mostafa âgé(e) de 58 ans ,  
suivi pour SAOS qui necessite une VNI

6 MOIS

The stamp contains the following text: 'Dr. Naila MIDAFAI', 'Médecin', 'Neurologue', 'Casablanca', '06 61 71 09 33', 'E-mail: naidafai@gmail.com', and 'N° 26'.

**Sur Rendez-vous**

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء  
Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2<sup>ème</sup> Etage N°26 - Casablanca  
Tél : 06 22 86 56 04 - الفاكس : 06 61 71 09 33 - E-mail: naidafai@gmail.com



Date de facturation 22/07/2020

Date début: 02/07/2020

Date Fin: 01/08/2020

Devis N°: SO460

Nom: KADIRI MOSTAFA

Adresse: 8 RUE LA PAPETRIE POLO CASABLANCA

N° téléphone : 0662 77 43 66

Médecin : MIDAFI NAILA

Code client: 02492

## Facture FA20/2778

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
36245/36265/36105	[36245/36265] RESMED S9 LOCATION • S/N 23141401553	1,000	800,00	20%	666,67 DH

Total HT 666,67 DH

20% 133,33 DH

Total TTC 800,00 DH

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 Salsaf  
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 Monauara.  
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 Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 022780000043002934049074