

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° M21- 065155

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8313 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SERIR KAMAL
 Date de naissance : 15/05/1967
 Adresse : 14 RUE ISHAK IBRAHIMANE Apt 7 2^{ème} etg
 Bd YACOUR MANSOUR CASABLANCA
 Tél. 0662801434 Total des frais engagés : 11400 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdelhak BAKHATAR
 Pneumo-Phthiologie Allergologue
 16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
 Agdal - Casablanca - Tél: 121212522 99 66 24

Date de consultation : 21/07/2023
 Nom et prénom du malade : SERIR Kamal Age : 56 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome de l'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 : Le : 26/07/2023
 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
24/07/23	cs	①	300,00 MM	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						800,00

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														
				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																
	<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

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O./Gaz du sang
24 Juillet 2023



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.E.S.A. (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le : في الدار البيضاء،

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Monsieur SERIR KAMAL

concernant l'examen Consultation

la somme de 300 dhs

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phlébologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N° 5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

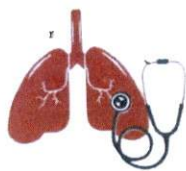
Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation

Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)

Pléthysmographie avec D.I.C.O./Gaz du sang

24.07.2023



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.E.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعق بمسشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le : في : الدار البيضاء,

Mr SERIR KAMAL

- CPAP

LOCATION d'un Appareil pour apnée du sommeil, avec masque naso buccale
5 heures par nuit pour une durée de 12 MOIS.

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Pneumologue Allergologue
16. Bd. Abdelmoumen - Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation

Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)

Pléthysmographie avec D.I.C.O./Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.E.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le : في : الدار البيضاء

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Professeur Abdelaziz BAKHATAR, docteur en médecine,
certifie avoir vu ce jour en consultation Monsieur SERIR KAMAL.

depuis le 18/10/2021 d'un Appareil pour apnée du sommeil type CPAP
(location) avec masque naso buccale traitement à vie

5 heures par nuit avec une bonne évolution actuellement IAH à 0.8 sur le
dernier controle

Fait ce jour et remis pour faire valoir auprès de, qui de droit.

A Casablanca, le 24 Juillet 2023

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

OXYDOM sarl
Siège Social: 20, Rue de la Liberté, Rés. Wafa
Marrakech - Casablanca
Tél: 0525 30 00 00 - 0525 30 00 84
Tél: 0525 30 00 00 - 0525 30 00 84
Tél: 0525 30 00 00 - 0525 30 00 84

Pr Abdelaziz BAKHATAR
Pneumologue - Allergologue
11, Bd Abdelmoumen - 1er étage - Anoual
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

Date de facturation 30/06/2023

Référence Facture :

Date début: 24/06/2023

Date Fin: 24/07/2023

Devis N° : res.partner()

Nom: SERIR KAMAL

Adresse: 14 RUE ISHAK IBNOU HANINE APT 7 2EME ETAG
MAARIF , CASABLANCA

N° téléphone : 0662801434

Médecin : BAKHATAR ABDELAZIZ

Code client: 08186

Facture FA23/2045

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
37236/37102	[37236/37102] AIRSENSE 10 AUTOSET LOCATION • S/N 23203474953--561	1,000 Unité(s)	800,0000	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: 0663.438.631
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 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