

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° W21-645087

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8099 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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.



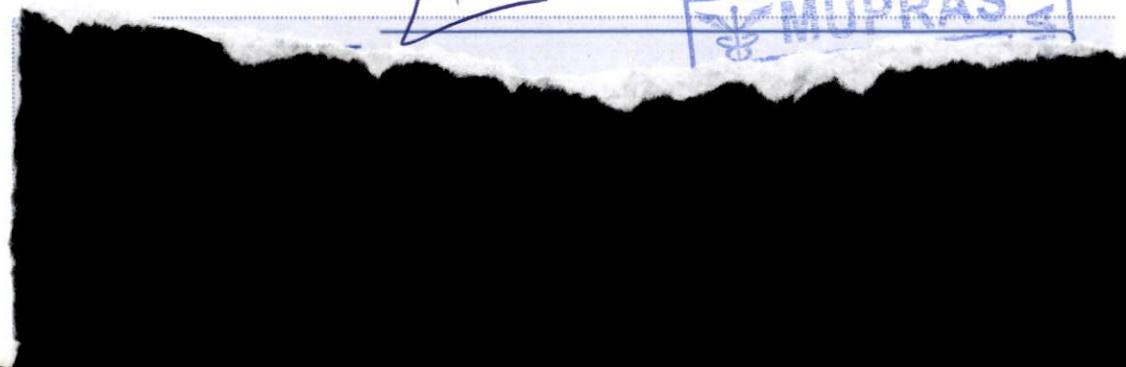
Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : CRAGA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/7/23

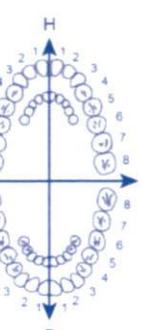


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>OXYDOM s.a.r.l</i> Sidi Othman 14 Rue Al Chadiq Casablanca 0522 88 23 07 - Fax : 0522 86 20 84 0563 43 86 21 0244 / RC 0061720000677723					800,00

VOLET ADHÉRENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank if no teeth treated)	Nature des Soins (Leave blank if no treatment)	Coefficient (Leave blank if no treatment)	INP : <input type="text"/>																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DÉBUT D'EXÉCUTION																		
				FIN D'EXÉCUTION																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B	B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																						

Dr. Naila MIDAFI
Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle

Spécialiste des troubles du sommeil

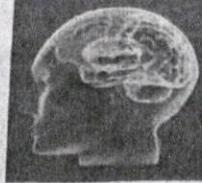
Adulte et enfant

(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 ميضاطي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصداع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

مرض الزهimmer، مرض باركينسون، مرض التصلب

المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

18 Mai 2023

Casablanca, le :

Cher confrère ,

Permettez moi de vous adresser Monsieur KADIRI Mostafa âgé(e) de 62 ans ,
suivi pour SAOS qui nécessite une VNI

6 MOIS

د. ميضاطي نائلة
MIDAFI NAILA
طبيبة أخصائية في أمراض
الجهاز العصبي
Médecin en Neurologie
Tél: 0522 86 56 04 - GSM: 06 61 71 09 33

Sur Rendez-vous

مجمع المراج : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2^{ème} Etage, N°26 - Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (ligne 1) / Station Tramway Anoual (ligne 2)

Tél : 0522 86 56 04 - GSM : 0661 71 09 33 - WhatsApp : 06 61 71 09 33

Date de facturation 31/07/2023

Référence Facture :
Date début: 01/07/2023

Date Fin: 31/07/2023

Devis N°: SO8767

Nom: KADIRI MOSTAFA

Adresse: 8 RUE LA PAPETRIE POLO CASABLANCA

N° téléphone : 0662 77 43 66

Médecin : MIDAFI NAILA

Code client: 02492

Facture FA23/2366

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
37236/37102	[37236/37102] AIRSENSE 10 AUTOSET LOCATION • S/N 23193255887--095	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
 Tel : 0522 86.23.07 - Fax : 0522 86.20.84
 0522 86.43.86.31
 PAT : 37102 / 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 Agence S ABDELMOUNEN
 Compte N° 022780000043002934049074