

## 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° W21-645093

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8092

Société :

176593

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADIRI mostafa

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

Conjoint

Age :

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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

30 ' 06 ' 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B		35533411														
G	11433553															
		Coefficient des travaux <input type="text"/>														
		Montants des soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																

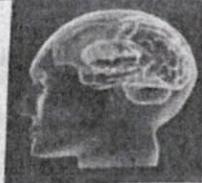
**Dr. Naila MIDAFI**  
Neurologue

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 ميدافي**

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أخصائية في إضطرابات النوم

الكبار والأطفال

(أمراض الصرع، ألم الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ

مرض الزهيمير، 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**

دكتورة نائلة  
Dr. NAILA MIDAFI  
أخصائية في أمراض  
الجهاز العصبي  
طبيبة انجذابية  
Medecin d'Appel  
Tél: 0522 86 56 04 - GSM: 0661 71 09 33

**Sur Rendez-vous**

مجمع المراجح : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء

Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2<sup>me</sup> 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 : 0661 71 09 33

Date de facturation 30/06/2023

Référence Facture :

Date début: 01/06/2023

Date Fin: 30/06/2023

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 FA23/2038

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
					<b>Total HT</b> 666,67 DH
					20% 133,33 DH
					<b>Total TTC</b> 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 Safsaf  
 Rue Aguelmane Sidi Ali. Agdal.  
 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 ABDELMOUMEN  
 Compte N° 022780000043002934049074