

## 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-435473

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <u>22786</u>			
Matricule : <u>08392</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <u>ELMOAGHRI Najat</u>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>066 00 9732</u>		Total des frais engagés : <u>800,00</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>1</u>		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>25 FEV 2020</u>		
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 le : 25/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : E. M. A.

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-435473	
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 : <u>08392</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>ELMOAGHRI</u>
Total des frais engagés : <u>800,00</u>	Date de dépôt : <u>25/02/2020</u>

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"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OXYDOPA</b> sans siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Région de Manama - Bahrain Tél: 0522.86.23.07 - Fax: 0522.86.20.84 GSM: 0553.43.86.31 PAT: 13589022/1 / RC: 14-03 2002061720000089	28/06/12				900,00	

### VOLET ADHERENT

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

Date de facturation 22/02/2020

Date début: 21/02/2020

Date Fin: 22/03/2020

Devis N°: SO415

**Nom:** EL MDAGHRI NAJAT

**N° téléphone :** 0664 00 97 32

**Médecin :** ELIBRAHIMI NADIA

**Code client:** 00987

## Facture FA20/0661

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
FR555S	[FR555S] PPC REMstar Auto AFlex Assy 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> 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: 0522.86.25.07 - 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 Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 022780000043002934049074