

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MDAGHRI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732

Total des frais engagés : 800,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

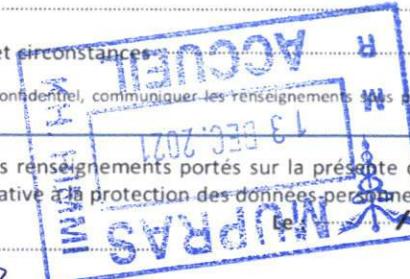
Conjoint

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 dans un 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

E / J

#### **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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OXYDUC Siège Social: 20, Rue Al Chifa, Rés.Wafa Maârif - Casablanca Tél: 0522.86.23.07 Fax: 0522.86.20.84 GSM: 0663.43.86.31 PAT : 35890244 / RC : 144593 ICE : 00020617200089	Le 17/10/2012 Le 17/10/2012					300,00

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important :**

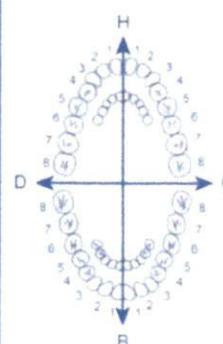
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Consultations :**  
 Pneumophysiologie  
 Allergologie - Asthme  
 Sommeil et ronflement  
 Sevrage tabagique  
 Réhabilitation respiratoire  
 Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**  
 Pléthysmographie  
 Spiromtrie - Oscilling  
 Polysomnographie  
 Gaz du sang artériel  
 Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique et interventionnelle**  
 Fibroscopie bronchique  
 Bronchoscopie rigide  
 Thoracoscopie

الدكتور محمد للبرابي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
 Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
 Professeur agrégé  
 Pneumophysiologue

Casablanca le 15/09/2021

Madame EL MDAGHRI Najat

Location de CPAP auto-pilotée x 06 mois

Prendre rendez-vous sur : [casa.souffle@gmail.com](mailto:casa.souffle@gmail.com)



Date de facturation 30/09/2021

Date début: 17/09/2021

Date Fin: 17/10/2021

Devis N°: SO415

Nom: EL MDAGHRI NAJAT

N° téléphone : 0664 00 97 32

Médecin : EL IBRAHIMI MOHAMED

Code client: 00987

## Facture FA21/4447

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
FR555S	[FR555S] PPC REMstar Auto AFlex Assy LOCATION • S/N P037551297458	1,000	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



**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 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 ABDELMOUNEN  
 Compte N° 022780000043002934049074