

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8108392

Société : Ex RAR1

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MIDA GHRI 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 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 : /

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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	
XYDOME SARL Social: 20, Rue Al Ghadha Rés. Wafa Marrakech - Casablanca 0522.86.23.07 - Fax: 0522.86.20.84 GSM: 0563.43.51.21 35300244 / RC : 144552 0206172000089	30/05/92					800,-

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



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 البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور عزيز الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

Casablanca le 17/03/2022

Madame EL MDAGHRI Najat

Location de CPAP auto-pilotée x 07 mois

Prendre rendez-vous sur : casa.souffle@gmail.com

Dr. EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Babik
Quartier Racine Maârif - Casablanca
Tel.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

Date de facturation 30/05/2022

Date début: 17/05/2022

Date Fin: 15/06/2022

Devis N°: SO415

Nom: EL MDAGHRI NAJAT

N° téléphone : 0664 00 97 32

Médecin : EL IBRAHIMI MOHAMED

Code client: 00987

Facture FA22/1765

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
FR555S	[FR555S] PPC REMstar Auto AFlex Assy LOCATION • S/N P037551297458	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 : 0663.43.86.31
 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 ABDELMOUNEN
 Compte N° 022780000043002934049074