

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-779573

149961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2406 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : KADRI - HASSANI - NASIB  
 Date de naissance : 12.02.53  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/11/22  
 Nom et prénom du malade : KADRI  
 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 : CASA Le : 11/11/22  
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant de la Facture

[illegible][illegible]

Cachet et signature  
du Particulier

# RELEVÉ 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 canaux, 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"/>													
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			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

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

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTIONCOEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 29/12/14

Je salue vous, car l'air que m-  
GAGNAI Nassam NASIB, prend  
une bronchite purulente - l'air d'origine  
obstructive, stade IV, causant une  
dyspnée au moindre effort, avec  
une fatigue et de la toux, et  
reculant une  
invasive à l'origine de  
Pco<sub>2</sub> : à 116, des VNS : 44..  
VNS pour une durée de 3 semaines

**Dr. ZAOUAK Kacem**  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
Tél : 0522 86 17 76 - Fax : 0522 44 52 84

**URGENCES 24/24**

## Facture n°FA23/0016

Date : 02/01/2023  
Agence: OXYDOM Casa

Adresse de facturation et de livraison client:

Nom: KADRI HASSANI NAJIB

Adresse:

N° Tél: 0661107362

Code client: 10439

Référence	Description	N° serie	Quantité	Prix unitaire TTC	Total TTC
28111-LOCATION	LUMIS 150 VPAP ST LOCATION		3,000 Unité(s)	1 600,0000	4 800,00 DH
63407	Airfit F20 LGE SYS EU1		1,000 Unité(s)	1 800,0000	1 800,00 DH
<b>Total HT</b>					5 500,00 DH
<b>Taxes</b>					1 100,00 DH
<b>Total TTC</b>					6 600,00 DH

Arrêté le présent facture à la somme

de : Six Mille, Six Cent DH Zéro Centime

**OXYDOM sari**  
Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés. Wafa  
Maarif - Casablanca  
Tél: 0522.86.23.07 - 0522.86.23.31  
GSM: 0663.438.631  
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 Monouara.  
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  
Maarif 20100. Casablanca. Maroc.  
RC : 144593 - PAT : 35890244  
IF : 1102972 - CNSS : 7093876  
SGMB Agence S ABDELMOUMEN  
Compte N° 022780000043002934049074





HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 30/12/2012

Quittance - Paiement espèces

737016

IPP : .....

N° D'admission : 2200 6162 86 Montant : 300 MA

Patient : Rich ABde rrahman

Cachet

