

# 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

- 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 :

338

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

APIF

Fatma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OXYDOME Centre Social: 20, Rue Al Chacra Rés.Wara Télé: 0622 86 23 02 - Fax: 06 23 02 33 11 PAT: 06 20 61 12 00 08 ICE: 06 20 61 12 00 08	15/6/13					2000,00

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	H	H	
	25533412 00000000	21433552 00000000	B	
	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

**Date de facturation** 15/06/2023

**Référence Facture :**
**Devis N°:** SO1353

**Nom:** AFIF FATNA

**Adresse:** BB JAMILA BLOC B N° 1236 HAY HASSANI , CASA

**N° téléphone :** 0612003595

**Médecin :** ARAQI HOUSSAINI ADIL

**Code client:** 09149

## Facture FA23/1937

Référence	Description	Qté	Prix unitaire	Tva	Montant HT
37471	[37471] HUMIDAIR CLEANABLE • S/N 1667341	1,000 Unité(s)	2 000,0000	20%	1 666,67 DH
<b>Total HT</b>					1 666,67 DH
20%					333,33 DH
<b>Total TTC</b>					<b>2 000,00 DH</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme de:** deux Mille DH zéro Centime

**OXYDOM srl**  
 siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés.Wafa  
 Maârif - Casablanca  
 Tél : 0522.86.23.07 - Fax : 0522.86.20.84  
 GSM : 0663.22.31  
 PAT : 000206172000089  
 ICE : 144593

**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 ABDELMOUHEN  
 Compte N° 022780000043002934049074

## Devis N° SO1353

Date du devis: 15/06/2023 16:08:01

Agence: OXYDOM Casa

Type de demande: Vente

Adresse de facturation et de livraison client:

Nom: AFIF FATNA

Adresse: BB JAMILA BLOC B N° 1236 HAY HASSANI  
 CASA

N° Tél: 0612003595

Code client: 09149

Référence	Description	N° serie	Quantité	Prix unitaire TTC	Total TTC
37471	HUMIDAIR CLEANABLE		1,000 Unité(s)	2 000,0000	2 000,00 DH
				<b>Total HT</b>	1 666,67 DH
				Taxes	333,33 DH
				<b>Total TTC</b>	2 000,00 DH

Arrêté le présent devis à la somme de :

Deux Mille DH Zéro Centime

**OXYDOM sarl**  
 Siège Social: 20, Rue Al Chadfa, Résidence Wafa  
 Maârif - Casablanca  
 Tél : 0522 86.23.07 - Fax : 0522 86.20.84  
 GSM : 0663 438 631  
 PAT : 35890244 - C : 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. Agadil.  
 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