

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 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.

Nº M21- 040711

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : *115657*

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *01 / 04 / 2022*

Nom et prénom du malade : *Abdel Fattah* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Affection neurologique*

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) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21- 40711

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Dr. ADIL ARAOI 25/02/2021 Neurologie Résidence Nahroul 2ème étage Tél: 0522 65M 0623 819 722	Actes EEG-EMG	1	Gratuit	Dr. ADIL ARAOI HOSSEINI Neurologue Résidence Nahroul 2ème étage Tél: 0522 25 02 02 05 222 555 88 GSM: 0623 819 722

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OXYDOME SARL Siège Social: 10 Rue El Ghadfa, Béjaïa Téléphone: 0522 86 33 07 Téléfax: 0522 86 33 08 GST: 1663 311 313 NCP: 14193 NCP: 2000089	19/10/2011					14500,00

VOLET ADHERENT

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

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'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Devis n° SO8015

Date de création : 11/06/2022 16:03:38

Agence: BB JAMILA Casa

Type de document: 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° série	Quantité	Prix unitaire TTC	Total TTC
37236	AirSense 10 AutoSet FR		1,000 Unité(s)	14 500,0000	14 500,00 DH
				Total HT	12 083,33 DH
				Taxes	2 416,67 DH
				Total TTC	14 500,00 DH

Arrêté de versement de la somme de :

Quatorze mille Chiquant DH Zéro Centime

OXYDOM sarl
 Siège Social: 20, Rue Al Ghadid, Rés.Wafa
 Maârif - Casablanca
 Tél : 0522.86.23.07 - Fax: 0522 86.20.84
 GSM: 0663 438 631
 PAT : 35890244 / RC : 144593
 ICE : 000206172000089

Siège social CASABLANCA :
 Résidence Safsaf, N° 18, Rue Arago,
 Quartier Aguelmame, CP 30000
 Tél: 0537 774 076 / fax: 0537 774 084
 GSM: 0663 438 631
 Email: contact.oxydom.ma
 ICE: 000206172000089

Siège commercial RABAT :
 Im. N° 18, Appt N°1. Résidence Safsaf
 Rue Aguelmame 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 Monastara.
 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 Ghadid. Résidence Wafa
 Maârif 20100. Casablanca. Maroc.
 RC : 144593 - PAT : 35890244
 IF : 1102972 - CNSS : 7093876
 SGMB Agence S ABDELMOUMEN
 Compte N° 022780000043002934049074

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 338 e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.....

Nécessite *CPAP* *Dr. ABDI* *DOCTEUR MOUSSAIN*

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Syndrome d'Apnée de sommeil
IAH à 21

Cachet, date et signature du praticien

Dr. ABDI *DOCTEUR MOUSSAIN*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.