

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Optique **134134** Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7304**

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : **CHAHIDI Elouazzani Abdellmalek**

Date de naissance : **06 / 11 / 1963**

Adresse :

Tél. : **06 63 660060**

Total des frais engagés : **60,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

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 DU Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFADL <i>Dr. Omar CHAHIDI EL OUAZZANI</i> <i>Pharmacien</i>	<i>07/10/2022</i>	<i>60,00</i>
196, Bd. Smara Quartier Ain Chock Casablanca - Tél: 05 22 50 36 18		
<i>(INPE:092023431</i>		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

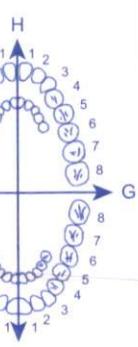
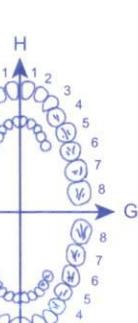
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412 21433552		
		00000000 00000000		
		D ----- G		
		00000000 00000000		
		35533411 11433553		
		B		
		(Création, remont, adjonction)		MONTANTS DES SOINS
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie EL FADL - Casablanca

Omar CHAHIDI EL OUAZZANI

05 22 50 36 18

196, bd Smara Ain chock , Casablanca



Facture N° 20221007-383

Date de vente : 07/10/2022

Médecin traitant :

CHAHIDI EL OUAZZANI
ABDELMALEK
CASABLANCA, Maroc

Produit		Qté.	P.U	TVA	Total
DIFAL CO 50MG B30 COMP		1	44,20	TVA (7.00%)	44,20
DOLIPRANE CO 500MG B16 COMP EFFER		1	15,80	TVA (7.00%)	15,80


PPV 150 H 0
PER 11 / 22
LOT 12718
~~15,80~~


DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
6 118000 190349

Total HT	56,07 DHS
TVA	3,93 DHS
Total	60,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante DHS

PHARMACIE ELFADL
Dr. Omar CHAHIDI EL OUAZZANI
Pharmacien
196, Bd. Smara Quartier Ain Chock
Casablanca - Tél: 05 22 50 36 18
INPE: 092023431