

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET 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, indiquant 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026867

124915

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7304

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHIDI ELOUAZZANI Abdelmalek

Date de naissance : 06 / 10 / 1963

Adresse :

Tél : 06 60 732 732

Total des frais engagés : 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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ 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
PHARMACIE EL FADL OMAR CHAHIOLEL OUAZZANI Pharmacien Tél : 05 22 22 22 22 INPE:092023431	30 07 22	57.50

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
		A M	P C	I M	I V	

ET HONORAIRES

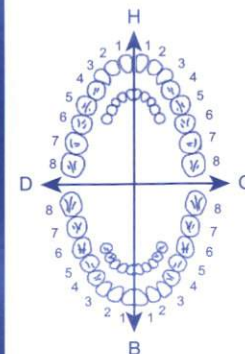
Le praticien est p...iqué en indiquant la nature des soins.

Important :

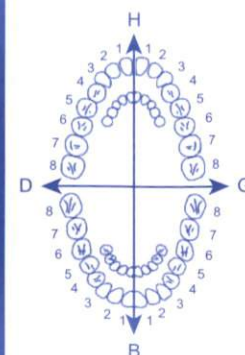
Veuillez joindre les

de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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° FAC-98675

Date : 20/07/2022

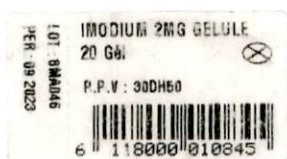
**CHAHIDI EL OUAZZANI
ABDELMALEK**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
STEROGL AB 15H B1 AMPOULE BUVABLE	1	13,00	2	13,00
IMODIUM CO 2MG B20 GELULES	1	30,50	2	30,50
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	2	14,00

Code de TVA	1	2	3
Taux	0%	7%	20%
Montant (DHS)	0	3,76	0

Total HT	53,74 DHS
TVA	3,76 DHS
Total Organisme	0 DHS
Total Client	57,50 DHS
Total	57,50 DHS



Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-sept DHS et cinquante centimes

PPV:14DH00
PER:05/25
LOT:L1819

PHARMACIE EL FADL
Dr Omar CHAHIDI EL OUAZZANI
Pharmacien
TEL 05 22 50 36 18
N° 196, Bd Smara Ain Chock - Casablanca

IF : 52414426 RC : 450564 ICE : 003062259000061

Tel : 05 22 50 36 18

Adresse : 196, bd Smara Ain chock , Casablanca

[illegible]

15 - هـ - 100 000 و 1,5/3 مل

1 أمبولة من فئة 1,5 مل

محلول للحقن عبر العضلة في أمبولة

غير مخصص للتصدير

Not for export/Non destiné à l'exportation

ستیروحیل

ارغوكلسيفيروول (فيتامين د 2)

