

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## **Biologie 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.

## **Éducation :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 0033451

Maladie

MLD

Dentaire

Optique

Autres

23530

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01630

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Hamzaoui Zabia

Date de naissance :

Adresse : 21, Rue Nafila Haffoud-Gaulier - casa

Tél. 0522 270489

Total des frais engagés : 322,50 DH

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin:



Maladie longue  
durée

Age:

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : ACCUEIL Le 29/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

gp

#### **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
 El Anadel Ame H.T. EL ARAKI Ad. Abdellatif Ben Kaddour Tel.: 022-36-54-38	29/02/20	322,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## **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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled with letters at their vertices: D (top-left), H (top), B (bottom), and a quadrant on the right side. The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise sequence starting from the top-left corner. The numbers are as follows: Top row (H): 1, 2, 1, 2; Middle row (D): 4, 3, 2, 3, 4; Bottom row (B): 5, 6, 7, 8, 7, 6; Right side (R): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C : Patente:35600524

T.V.A :

Tél : 0522 36 54 38

Le 29/02/2020

## FACTURE N°512406

<CLIENT DE PASSAGE>

Mme EL Hamzaoui Zakia

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	TRITAZIDE 5MG/25MG CO28U	107,50	322,50		

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
R.D. Abdellatif Ben Kaddour  
Tel.: 022-36-54-38

107,50

107,50

107,50



TOTAL T.T.C :

322,50

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Vingt Deux Dirhams et 50 centimes.