

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.

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 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

RIP N° P19- 045692
ANNA

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1375 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL IDRESSI Adja

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 13 700 700 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : You F. N. & L. Age :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

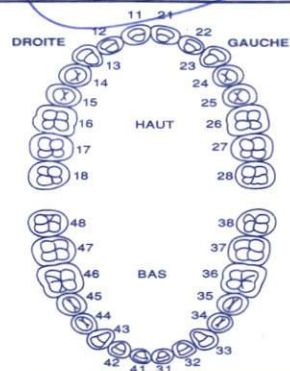
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient
des travaux

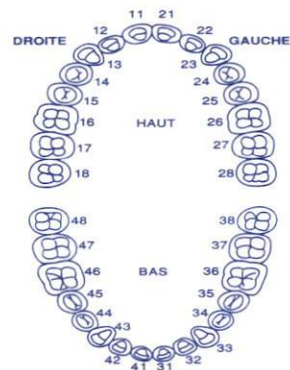
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F.

Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

P 17 / 045230



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

Cachet
MUPRAS



P 17 / 045230

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1379

Nom & Prénom ELIDRISSI LATIFA

Fonction Représentante

Phones 0613700700

Mail

Signature de
l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient ELIDRISSI LATIFA

Adhérent ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date 14/02/2020

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Soins dentaire

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

Détailage
2sema

2,5

500017

PHARMACIE

Date 14/02/2020

Montant de la facture

127,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

CACHET

Dr. BEN HAMMOU Mohammadi

Chirurgien Dentiste

Soin - Prothèse - Orthodontie - Radio

Bd. Afghanistan N° 40 - 1er Etage

Hay Hassani - Casablanca Tél : 05 22 90 16 04



الدكتور بن حمو محمادي

طبيب جراحي للأسنان

علاج - التعويض - الإعوجاج - أشعة

شارع أفغانستان رقم 40 الطابق الأول

الحي الحسني الدار البيضاء الهاتف : 05 22 90 16 04

Casablanca le 14/02/2020 الدار البيضاء في

TELEDRISSI LATIFA

Lang army (SV) 200 mg

47,50



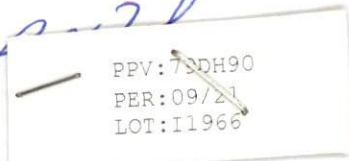
Bispirazone (SV)

PHARMACIE AL
S. CHALAK Haj Nassar
Dentist El. Pharmac.
59, Av. Oued Sebou - El Oud
Tél : 05 22 90 53 45
FAX : 05 22 90 53 45
M. CASABLANCA
ICE : 00154146800007

79,90

127,40

Dr. BENHAMMOU Mohammadi
Chirurgien Dentiste
Bd. Afghanistan N° 40 - 1er Etage
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 05 22 90 16 04



79,90