

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.

Education :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-

045692

RID

ANEX

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22860

Matricule : 1375

Société : RAN

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : El IDRESSI Tafra

Autre :

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 : Vou Fin à l'inf

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Age :

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) :

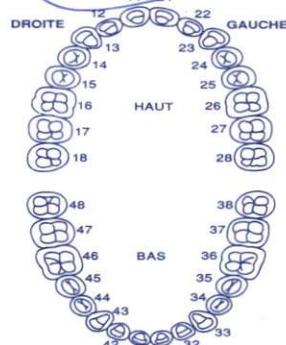
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



*Détartrage
2 séances*

Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

Dr 15

Montant des soins

500 DT

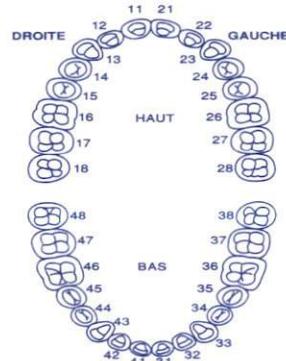
Début d'exécution

14/02/20

Fin d'exécution

14/02/20

ODF Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

D		H	G	
11	21	25533412	21433552	
12	22	00000000	00000000	
13	23	00000000	00000000	
14	24	35533411	11433553	
15	25			
16	26			
17	27			
18	28			
48	38			
47	37			
46	36			
45	35			
44	34			
43	33			
42	32			
41	31			
40	30			

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

Coefficient des travaux

Dr 15

Montant des soins

500 DT

Date du devis

14/02/20

Fin d'exécution

14/02/20

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

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

1 / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1379

Nom & Prénom *EL IDRISSI LATIFA*

Fonction *retraitée* Phones *0613700000*

Mail

Signature de l'adhérent

MEDECIN Prénom du patient *EL IDRISSI LATIFA*

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date *14/02/2020*

Nature de la maladie *Soin dentaire*

Date 1ère visite

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Détartrage 2 séances *Dr 15* *500 DT*

PHARMACIE Date *14/02/2020*

Montant de la facture *127,40*

Signature Dr. S. Chahal et Dr. N. Hammadi

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

Dr. S. Chahal et Dr. N. Hammadi

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Dr. S. Chahal et Dr. N. Hammadi

CACHET

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 جراح في الأسنان

علاج - التعمير - الألتوبياج - اشعة

شارع أفغانستان رقم 40 الطالبة الأولى

الدار البيضاء في المغرب

Casablanca le

14/02/2020

الدار البيضاء في المغرب

TEL I PRiSSi LATiFA

Lang amy 4 200 mg

SV

47.50

47.50



PHARMACIE AL
S. CHALAK Haj Nasreddine
Distributeur ex-Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Jadida
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
M. CASABLANCA
ICP : 001541468001057

Bispirazole

SV

79.90

127.40

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

PPV: 7SDH90
PER: 09/21
LOT: I1966

79.90