

180004

Autorisation CNDP N° A-A-215-2019

W21876120

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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Le praticien est prie de préciser la dent traitée. Facile pratiqué en réduisant la nature des soins			
Important : 178004			
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires ainsi que le bilan de l'ODF			

SOINS DENTAIRES			INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	Consul Hfsp. D 6		OFFICIER DES TRAVAUX ID 6
			MONTANTS DES SOINS 300,00
			DEBUT D'EXECLUTION 07/10/23
			FIN D'EXECLUTION 07/10/23

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H			
D			
G			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A			
Z			
Y			
X			
W			
V			
U			
T			
S			
R			
Q			
P			
O			
N			
M			
L			
K			
J			
I			
H			
G			
F			
E			
D			
C			
B			
A		</	



DENTAL BEAUTY CAS

DR. ASMA OUAZZANI TNACHERI

DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE
D.U. EN DÉSORDRES CRÂNIO-MANDIBULAIRES
RÉHABILITATION PROTHÉTIQUE, OCCLUSALE ET
ESTHÉTIQUE
UNIVERSITÉ DE MARSEILLE - FRANCE

CASABLANCA, LE 29/10/23

Que Zezeki Douna

Dsriptane 1g. 8.

1 cp tt les 6 heures en cas
de douleurs



231, BOULEVARD BIR ANZARANE, 3^{EME} ÉTAGE - CASABLANCA
TÉL. : +212 522.36.37.27/77 - FAX. : +212 522.36.52.25 - E-MAIL : A.OUAZZANI@DENTALBC.MA

**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.

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

- Reclamation : 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

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13254 BENZAKRA

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BENZEKRI

DOUMIA

Date de naissance : 27/12/1991

Adresse : 15 Av Habib Soukri

Tel : 063942882

Total des frais engagés :

Dhs :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Age :

Nom et prénom du malade : / /

☐ Enfant

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : Casablanca

Le : 29/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

M23-026822

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute

réclamation ultérieure.

Matricule : 13254

Nom de l'adhérent(e) : BENZEKRI

Total des frais engagés : 1210902

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

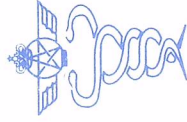
LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
- REJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit l'actes répétés en plusieurs séances ou actes ilobaux comportant un ou plusieurs échelonnages dans le temps.
- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

366939

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Benzekri Dounia
Matricule : 13254 Fonction : Docteur Poste :
Adresse : 15, Av Habib Driss
Tél. : 2639202882 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

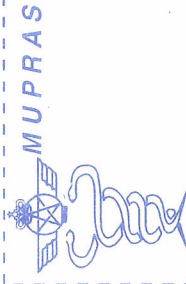
Nom & Prénom du patient : BENZEKRI Dounia Age 22 | 11 | 21 | 11 | 11
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 01/01/23
Nature de la maladie : Quelques douleurs
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casa le 09 / 10 / 23 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

366939

Matricule N° : 13254
Nom du patient : Benzekri
Date de dépôt : 09/10/2023
Montant engagé 1
Nombre de nièmes initiales : 1



...ant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------------------------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins importants : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

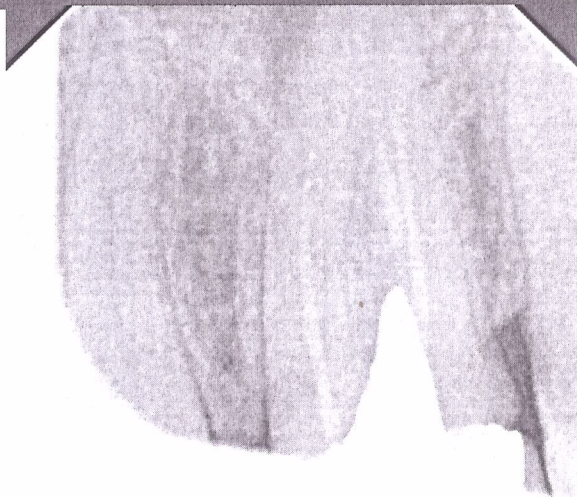
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

x x

MME DOUNIA BENZEKRI

Né(e) le : 27/12/1991



Date du cliché : 07/10/2023

Localisation : 26

Commentaire :