

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 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- 0044472

~~ANNULE~~
ANNULE

PL757

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12520 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : AZHAR

Autre : Ghizlane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674.0281.09 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 :

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) :

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

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	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

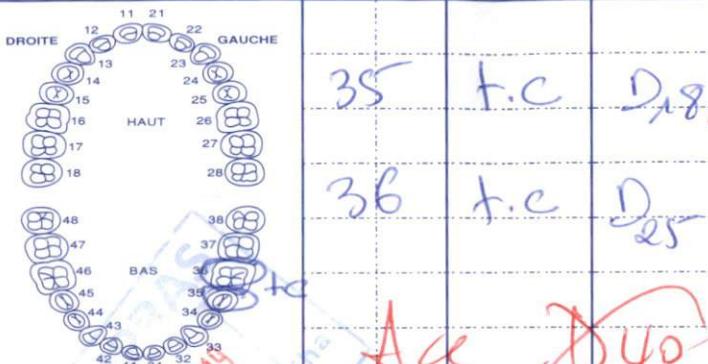
The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on the upper arch and 1 through 8 on the lower arch) and three letters: H at the top, D on the left, and G on the right. The teeth are arranged in a standard dental layout, with the first molar on each side of the arch.

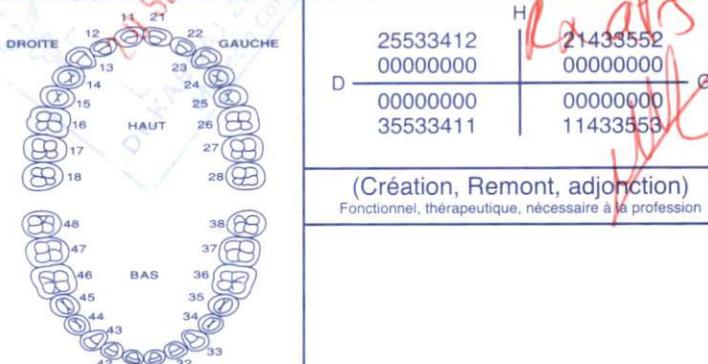
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
		35	t.c	D 43
		36	t.c	D 25
				Ace D 40

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
		D	25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553
			Montant des soins Date du devis Fin d'exécution	
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien attestant le devis		Zenith Dentistry Center Docteur Najwa BOUZOUBAA 237, lotissement Mandarouna Sidi Maarouf (A côté de Maroc Calimie) Tél. 0522 22 70 50 - Fax 0522 22 77 00
---	--	---

VOLET ADHERENT		NOM :
DECLARATION N°		P 17 / 0065054
VOLET ADHERENT	MUPRAS	Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme	12586
Nom & Prénom	Mme AZHAR Ghzlane
Fonction	Pilote
Phones	0674 028129
Mail	
MEDECIN	Prénom du patient Redouane chibani
Adhérent	<input type="checkbox"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>
Age	
Nature de la maladie	

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honora	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Signature et
cachet du
medecin

Signature et
cachet du
Pharmacien

CACHET

CACHET

Spécialiste en :

Orthodontie de l'enfant et de l'adulte -
 Implantologie - Réhabilitation orale -
 Parodontologie - Dentisterie esthétique -
 Chirurgie buccale - Prothèses

اختصاصية في :

تقديم العواج الأسنان

غرس و تعويض الأسنان

Casablanca Le: 05/12/2019

Patient(e): Mme AZHAR Ghizlane

FACTURE N° 425F2019

ICE : 00 17 11 91 40 00 083

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
1 RR	D 33	35	1 000,00 Dhs
1 RR	D 33	36	1 000,00 Dhs
1 CZ	D200	35	4 000,00 Dhs
1 CZ	D200	36	4 000,00 Dhs
TOTAL			10 000,00 Dhs

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Dix mille Dhs

Signature du Praticien

Zenith Dentistry Center
 Docteur Najwa BOUZOUBAA
 237, lotissement Mandarouna
 Sidi Maârouf (A côté de Marjane Californie)
 Tél: (+212) 522 22 70 50 - Fax: 0522 22 77 90

Zenith Dentistry Center

237, lotissement Mandarouna - Sidi Maârouf - Station Tram zenith (A côté de Marjane Californie)

Tél: (+212) 522 22 70 50 - Fax: (+212) 522 22 77 90

E-mail : nbouzoubaa@gmail.com - Site web : drbouzoubaanaajwa.com - En cas d'urgence: 0600 60 96 59

Mme: AZHAR Ghzlane

Le : 16/09/2019 / N° : 35-36

✓✓

