

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.

Rééducation :

- 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0044472

12757

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12520 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZHAR Ghizlane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674028109 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 16 DEC 2019 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) :

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

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

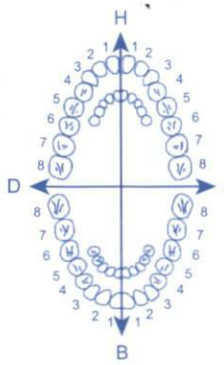
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

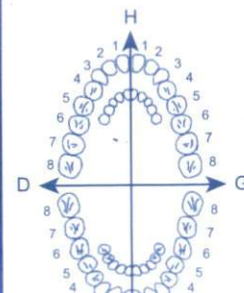
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veillez 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
	35	t.c	D ₁₈	D ₄₃	15000dh	12/9/19	16/9/19
	36	t.c	D ₂₅	D ₄₀			
O.D.F. Prothèses dentaires Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 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

Zenith Dentistry Center
 Docteur Najwa BOUZOUBAA
 237, lotissement Mandarouna
 Sidi Maarouf (A côté de l'Université Mohammed VI)
 Tél : 0522 22 70 50 - Fax : 0522 22 77 99

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0065054	
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 / 0065054

DATE DE DEPOT

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	12586
Nom & Prénom		Mme AZHAR Ghizlane	
Fonction	Pilote		
Phones	0674028129		
Mail			



MEDECIN	Prénom du patient Redouane Chikam		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature et cachet du médecin
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	

PHARMACIE	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

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

Docteur Najwa BOUZOUBAA

Diplômée de la faculté de médecine Paris XII

Spécialiste en :

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

د. نجوى بوزوبع
دبلوم الدراسات العليا بجامعة باريس XII

اختصاصية في :
تقويم اعوجاج 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 (à côté de Marjane Californie)
Tél: 0522 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 : drbouzoubaanajwa.com - En cas d'urgence: 0600 60 96 59

Mme: AZHAR Ghzlane

Le : 16/09/2019 / N° : 35-36

Handwritten signature in red ink.

