

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 d'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.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-784536

163905 CO

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

09946

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

NEJJARI HALIMA

Date de naissance :

1970

Adresse :

181 GR PTT HAY NAHA 1 RABAT

Tél. :

0670276244

Total des frais engagés :

200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Badr FANNAN
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Implantologie et Expertise

Cachet du médecin :

4, Av. Rineleuidand 21^{er} étage
APPL N° 4 Agdal Rabat
Tél/Fax : 037 699 412 / 062 48 19 07

Date de consultation :

19/05/2023

Nom et prénom du malade :

Nejjari Halima

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 :

RABAT

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-784536

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

9946

Nom de l'adhérent(e) :

NEJJARI HALIMA

Total des frais engagés :

200,00

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

Cachet et signature du Laboratoire d'Analyses	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(Signature)</i>	16.08.98	721	2.00 cdt

[illegible]

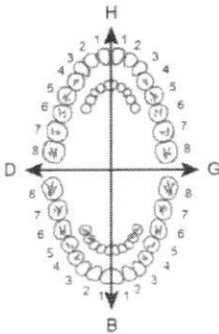
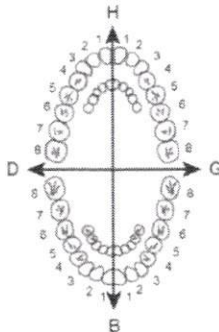
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

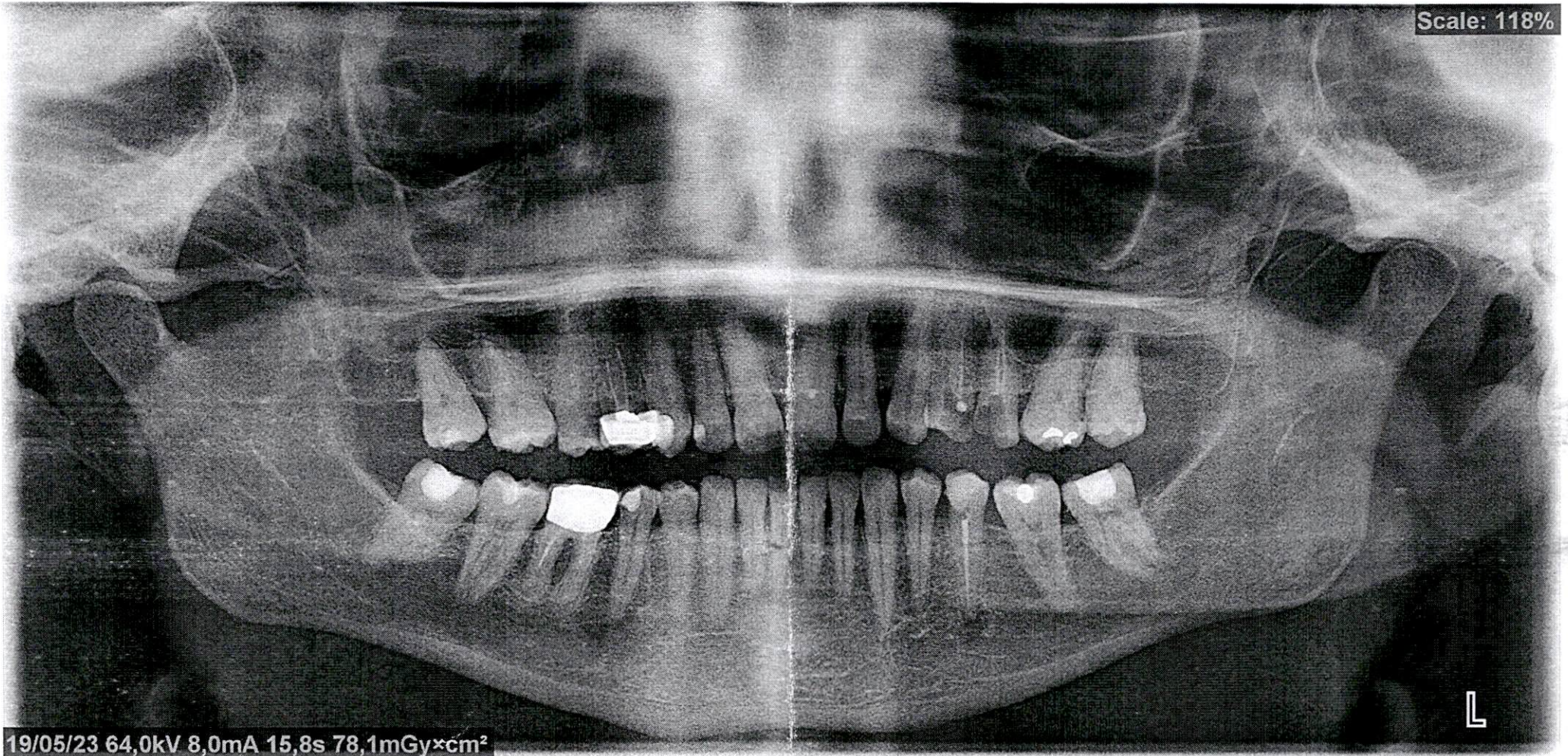
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NEJJARI Halima
DOB:
ID: 397035

PLANMECA
Romexis

Scale: 118%



19/05/23 64,0kV 8,0mA 15,8s 78,1mGy×cm²

RABAT SMILE

Centre Dentaire Docteur Badr FANNAN

Soins, Blanchiment et Prothèses

Odontologie Pédiatrique

Orthodontie et Invisalign

Implantologie Orale

Lumineers

Panoramique Numérique 2D et Cone Beam 3D

Soins au Laser

Remodelage Peribuccal à l'A. Hyaluronique

A-PRF et I-PRF Certifié par SYFAC



RABAT SMILE

الرباط اسمايل

مركز علاج الأسنان الدكتور بدر فنان

علاج ، تبييض وتعويض

علاج خاص بالأطفال

تقويم الأسنان

زراعة الأسنان

أشعة رقمية ثنائية و ثلاثية الأبعاد

علاج بالليزر

الحامض الهyalورونيك



vendredi 19 mai 2023
Rabat, le الرباط, في



NOTE d'honoraire

Patient (e) : NEJJARI HALIMA

Radio panoramique 200 DH

MONTANT : 200DH

Arrêter la présente facture à la somme de deux cent dirhams .

Dr. Badr FANNAN
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Implantologie et Expertise.
4, Av. Bine El Widane 2^{ème} étage
Appt N° 4 Agdal-Rabat
Tél/Fax: 037.537.686.444 - 062.46.08.07

4 - شارع بين الودان، الطابق الثاني، أكدال، الرباط 10090

4, Av Bine El Widane (au dessus de la 5ème Avenue), 2ème étage appt, N° 4 Agdal Rabat 10090

Tél/Fax : +212 537 686 444 / +212 537 779 992 - E-mail : docteurfannan@gmail.com

CNSS : 7175591 - Patente : 25771051 - ICE: 001855032000086 - IF: 33515637- INPE :104005335