

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 (ou 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

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-784536

NEJJARI HALIMA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	09946
Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom :	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. :	06 70 27 62 44
Total des frais engagés : 200,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. Badr FANNAN
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Implantologie et Expertise.
4, Av. Binelouidate 2^e étage
Appart N° 4 - Appart-Rabat
Télé/Fax: 037 680 414 - 062 48 09 87

Cachet du médecin :	<i>19/10/2013</i>		
Date de consultation :	<i>19/10/2013</i>		
Nom et prénom du malade :	<i>Nejjari Halima</i>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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*

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Laboratoire d'radiographie		ANALYSES - RADIGRAPHIES
Docteur en Chirurgie Dentaire Spécialiste en Implantologie et Expansione A. Av. Hippocrate 2 ^{me} étage Agdal-Rabat TÉL/FAX: 037-686-444 - 062-46-08-07		Date : 15.5.2003 N° 22-1
Désignation des Coefficients		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 l'ODDF.

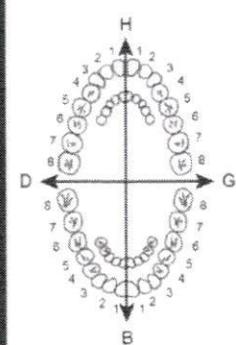
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

PROPOSED DEVICE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553



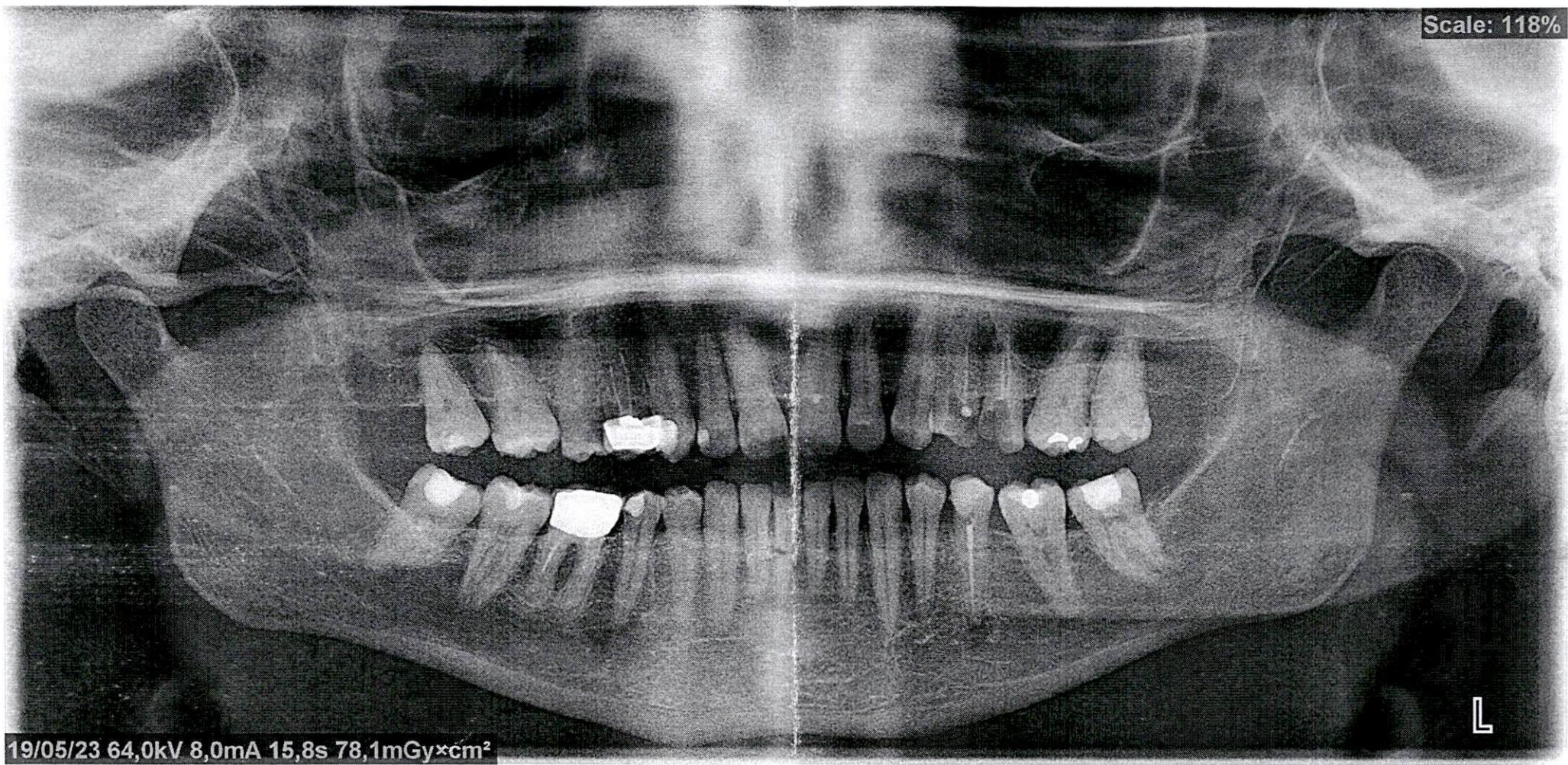
[Création, remont, adjonction]

	L'EXECUTION	

NEJJARI Halima
DOB:
ID: 397035

PLANMECA
Romexis

Scale: 118%



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

www.planmeca.com

Dr. Badr FANNAN
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Implantologie et Expertise.
4, Av. Binelouidane 2^{ème} étage
Appt N° 4 Andal-Rabat
Tel/Fax: 037.683.444 - 062.48.08.08

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



الرباط اسماءيل

مركز علاج الأسنان الدكتور بدر فنان

علاج ، تبييض و تعويض

علاج خاص بالأطفال

تقويم الأسنان

زرع الأسنان

أشعة رقمية ثنائية و ثلاثية الأبعاد

علاج بالليزر

الحامض الهيالورونيك



Vendredi 19 mai 2023
Rabat, le



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. Bineloudane 2nd étage
Appart. 11 Agdal-Rabat
Tel/Fax: 037.686.444 - 062.46.09.07

4 - شارع بين الويidan، 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