

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.
- 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 canaux, 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 canaux.

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° W21-778353

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **ROYAL AIR MAROC**

Matricule : **8898** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **MR BENCHERKOUN KARIM**

Nom & Prénom : **MR BENCHERKOUN KARIM**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0522912120** Total des frais engagés : **500 DH**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Docteur Nabil SLAOUI**
Chirurgien Dentiste
221 Bd. Zerkouni - Résidence Fahd 2ème Etage
CPL N° 4 Casablanca - Tél : 05 22 36 14 41

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04/01/2024**

Nom et prénom du malade : **BENCHERKOUN Yasmine** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **soin dentaire**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : **25/01/24**

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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 : <input type="text"/>

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094011941
	21	Compte DH		COEFFICIENT DES TRAVAUX DH
				MONTANTS DES SOINS 100,00
				DEBUT D'EXECUTION 04.01.2014
				FIN D'EXECUTION 04.01.2014
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Nabil SLAOU
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
221, Bd. Zerkouni - Résidence Fahd 2ème Etage
Appt. N° 4 Casablanca / Tél : 05 22 36 04 41

Docteur Nabil SLAOUI

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Enfant et adulte
Diplômé de la Faculté de Nantes-France



الدكتور نبيل السلاوي

طبيب جراح للأسنان
اختصاصي في تقويم العظام والأسنان للصغار والكبار
خريج كلية الطب بفانتس، فرنسا

Casablanca, le... 24.01.2016

NOTE D'HONORAIRES

2 PATIENT: BEN CHEKHOVN yasmine

Compte sur la 21 d'un montant
de 500,00 MM.

Notée la présente note à la
somme de cinq cent MM

 Docteur Nabil SLAOUI
Chirurgien Dentiste
221, Bd. Zerktouni - Résidence Fahd 2ème Etage
Appt. N° 4 Casablanca - Tél : 05 22 36 04 41

221, Bd. Zerktouni - Résidence Fahd - 2ème étage, Appt N°4-Casablanca
N° Patente : 35719136 - Tél : 022 36 04 41 - Email : dr.slaoui@hotmail.com

INPE : 094012945
ICE : 001925430000021
+L. 40501676