

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 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-564316



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

2064R

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

MAMRI Zouhra

Date de naissance

22/08/1945

Adresse

27IBL Bouljene APPT 4 ACDAI/Rabat

Résidence ALLIAS MATT

Tél. : 066223401

Total des frais engagés :

250. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nawal MAMRI

Docteur en Chirurgie Dentaire
Résidence le Minaret Appt. N° 22
Angle Rue Amman et Rue Yougoslavie
RABAT Tél. : 05 22 22 78

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/4/2023

Nom et prénom du malade :

Age : 79

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Infection - en SL 37

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 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/04/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.4.23 | Consultation | C | G | INP : 104004635 Signature : Naval M.D. M.B.B.S. Chirurgis Dental Appt. N° 7 |
| | | | | |

**Dr. Nawal El Khaldi
Chirurgis Dentaire
Minaret Apt. N° 22
Sarajevo
Yugoslavie**

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

et signature du
docteur et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|---------|------------------------------|------------------------|
| Centre de Radiologie des Nations Unies Hambourg, Allemagne Tél : 011259967 Fax : 0511-67 | 11.6.93 | TAKEPT | 156,84 |

*ne
s
57
het
signature
do Particier*

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cache et signature du Participant | 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 canalaire, 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 H | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | B I | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |

Docteur Nawal MAMRI

Chirurgien Dentiste

Diplômé de la Faculté
de Médecine Dentaire
de Rabat

الدكتورة نوال معامري

طبيبة في جراحة الأسنان
خريجة كلية طب الأسنان
بالرباط

الهاتف : 05 37 20 07 78

اقامة المنارة - شقة رقم 22 - زاوية، زنقة عمان وزنقة يوغوز لافيا - الرباط

Résidence le Minaret - Apt. N° 22 - Angle Rue Amman et Rue Yougoslavie - Rabat
(à côté du Cinéma Royal)

Rabat, le 10.4.23....

Dr. NAWAL ZOUBIDA

radios panoramique

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Bis Av des Nations Unies, Angle
Rue Idriss Hanafi, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 67 54 07
INPE: 101125995

Dr. Nawal MAMRI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Tél : 05 37 20 07 78
08 08 38 67 44

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07
Patente 25705022 **IF** 0333035 **CNSS** 2033976
ICE 001615064000010
Rabat - Agdal

F A C T U R E

Numero:D/00881
Rabat 11/04/2023

| Nom patient | Date examens |
|---------------|--------------|
| MAMRI Zoubida | 11/04/2023 |

| Examen(s) Réalisé(s) | Prix Dhs |
|-----------------------------------|---------------|
| PANORAMIQUE DENTAIRE (NUMERIQUE) | 250,00 |
| TOTAL | 250,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de:

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 bis Av. des Nations Unies, Angle
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49-Fax: 0537 67 54 07
INPE : 101125995

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 11/04/2023

Mme MAMRI Zoubida (née le 22/08/1945)

Examen demandé par : Dr N. MAMRI

PANORAMIQUE DENTAIRE

- Nombreuses dents traitées.
- Parodontolyse diffuse.
- Absence d'anomalie de la structure osseuse par ailleurs.
- Aspect normal des articulations temporo-mandibulaires.
- Les fonds des sinus maxillaires sont libres.

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Bis, Av. des Nations Unies - Agdal
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 67 54 07
INPE : 101125995

A.S/M.N