

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.

Prothèse :

- 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

91381

Rbt

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001760

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12412 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAARI Najoua Date de naissance : 12/09/86
Adresse : Res Jnane californie Imm Yousa 21 Apt 12
Tél : 0662 777 103 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2019
Nom et prénom du malade : ZAARI NAJOUA
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dents
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
19 NOV. 2019
24 DEC 2019

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.


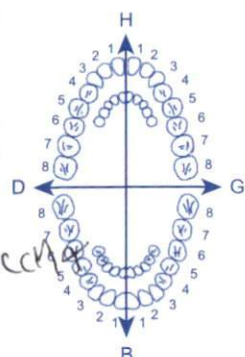
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D180"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2500 dh"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text" value="14.11.19"/>
	CCM 46 D180 = 2500			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="23/12/19"/>
	D180 = 2500			
	D180 = 2500			
	D180 = 2500			
	D180 = 2500			
	D180 = 2500			
	D180 = 2500			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENLEMLIH Yasmina
 Orthodontiste
 32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2
 au dessus de Moumni Bir Anzarane
 Casablanca - Tél: 05 22 23 44 79

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

د. ياسمينة ابن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زراعة الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي للدار البيضاء

FACTURE N°: FA292/19

Casablanca le: 23/12/2019

Madame zaari najoua

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
23/12/2019	46	Couronne ceramo-metal	D754	2500

Total : 2 500,00

Arrêté la présente Facture à la
somme de : DEUX MILLE CINQ
CENTS

Dr. BENLEMLIH Yasmina
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32, Bd. Bir Anzarane, 1er étage N° 2
au dessus de Moumni Bir Anzarane
Casablanca - Tél. 05 22 23 44 79

ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage, N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32, شارع بئر أنزران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com



Dr. BENLEMLIH Yasmina
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2
au dessus de Moumni Bir Anzarane
Casablanca - Tel: 05 22 23 44 79

Zaari, Najoua IDnum: "1549"
Teeth: 30



Handwritten red signature or mark.

Zaari, Najoua IDnum: "1549"
Teeth: 30