

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie

N° W19-455314

CP

Optique

66726

Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12 607

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SBAT Amine

Date de naissance :

25/01/1987

Adresse :

LOT Domaine de Dab, appart F22 DAR BOUAZIZ  
AJDACHIP

Tél. :

06 76 38 35 30 Total des frais engagés : 400 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL BABA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
PARODONTE  
N° 210, Bd Zarzoune - Appt 3  
Tél: 06 22 39 15 13 - Casablanca

29 OCT. 2019

Date de consultation :

05/08/2019

Nom et prénom du malade :

SBAT Amine

Age:

32 ANS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DENTISTE

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 : Casablanca

Le : 23/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SBAT Amine

### Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

### 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 : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 : 10914P17A5TG
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	-400 M COEFFICIENT DES TRAVAUX
DETARTRAGE D12				400
MONTANTS DES SOINS				400 DH
DEBUT D'EXECUTION				005/03/10
FIN D'EXECUTION				005/03/10
COEFFICIENT DES TRAVAUX				[REDACTED]
MONTANTS DES SOINS				[REDACTED]
DATE DU DEVIS				[REDACTED]
DATE DE L'EXECUTION				[REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Docteur EL BARDAI SAID CHIRURGIEN DENTISTE				Docteur EL BARDAI SAID CHIRURGIEN DENTISTE
PROFESSIONNEL DE CHIRURGIE DENTALOLOGIE				PROFESSIONNEL DE CHIRURGIE DENTALOLOGIE
N° 210, Bd Hassan II - Appt 3 - 1 <sup>er</sup> Etage				N° 210, Bd Hassan II - Appt 3 - 1 <sup>er</sup> Etage
Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca				Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca

# CENTRE DENTAIRE EL BARDAÏ

Docteur Saïd El Bardai

Spécialiste en Chirurgie dentaire

Docteur en Médecine Dentaire

IMPLANTOLOGIE

Certificat d'implantologie de l'E.E.I.D d'Avignon

PARODONTOLOGIE

Chirurgie Buccale - Soins de gencive

Prothèse adjointe et conjointe

Pédodontie (Enfants à partir de 3 ans)

Casablanca, le 05-09-2018

## NOTE D'HONORAIRE

NOM / PRENOM : SBAI Amine

ACTES : Réblottement d'hygiène dentaire

PRIX : 400 DHS

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

Quatre cent DH

Docteur EL BARDAI SAID  
CENTRE DENTAIRE EL BARDAÏ  
219, Bd. Zerkouni - Résidence El Bardai - Quartier Racine - Casablanca - Tél.: 05 22.39.15.13 - E-mail : saidelbardai@hotmail.com  
Patente : 35700066 - I.F : 40700164 - C.N.S.S : 2571637 - ICE : 001901776000065 - INPE : 094011756

شارع الزرقطوني إقامة البرداعي - راسين - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.39.15.13

219, BD. Zerkouni - Résidence El Bardai - Quartier Racine - Casablanca - Tél.: 05 22.39.15.13 - E-mail : saidelbardai@hotmail.com

Patente : 35700066 - I.F : 40700164 - C.N.S.S : 2571637 - ICE : 001901776000065 - INPE : 094011756