

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 rééductions.
- 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.

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-455314

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

6672

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12 624**

Société : **RAA**

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **SBAR Amine**

Date de naissance : **05/02/1987**

Adresse : **LOT Domaine de Paul, apt F2 DAR BOUJAZA**

Tél. : **06 76 39 3530**

Total des frais engagés : **400 DH**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **05/02/2018**

Nom et prénom du malade : **SBAR Amine** Age : **32 AN**

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **SOINS DENTAIRES**

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 : **25/10/18**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

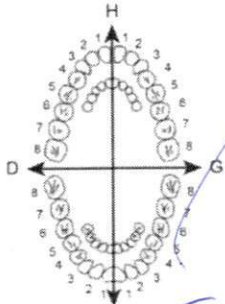
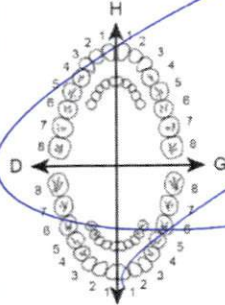
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 091404777516																
																				
		DETARTRAGE D12	4000	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

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

N° 219, Bd. Tachouat - Appt 3 - 1^{er} Etage
 Tel: 05 22 39 15 13 - Casablanca



CENTRE DENTAIRE EL BARDAI

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 05-03-2019

NOTE D'HONORAIRE

NOM / PRENOM : *SBAI Amine*

ACTES : *Reblisatou → Lg de denture*

PRIX : *# 400 Dhs*

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

Quatre cent Dhs

Docteur EL BARDAI SAÏD
IMPLANTOLOGIE
PARODONTOLOGIE
Chirurgie Buccale
Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca

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

219, BD. Zerkoutni - 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