

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 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

**DIREN** N° W19-429486

N°D : 15273

ANPL

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 12607

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SBAI Amine

Date de naissance : 05/01/1987

Adresse : LOT DOMAINE DE DERB, YAMOUT FZ, DAR BOUATTA

MOUACCEUR

Tél. : 0676393530

Total des frais engagés : 400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/12/2019

Nom et prénom du malade : SBAI Amine

Age : 38 Ans

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



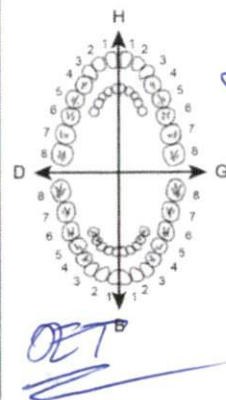
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

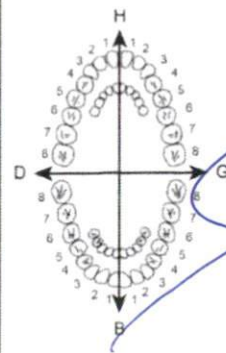
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
		25533412	21433552
		00000000	00000000
D		00000000	00000000
		35533411	11428553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE 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 SAÏD  
CHIRURGIEN DENTISTE  
PARODONTE  
N° 219, Bd Zerkouga - Apprt 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 39 16 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 11 - 12 - 2019.

M<sup>re</sup> SBAI Amine

I) Electril (BB)

olive - 03/2 pt 18mm

II) Elgeying Blancheur = Dentifrice Blancheur

En brossage = sec pt 3 min

Docteur EL BARDAI SAID  
CHIRURGIE DENTAIRE  
PARODONTE  
N° 219, Bd Zerktrouni - App. 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca

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

219, BD. Zerktrouni - 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





# 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 11-12-2019

## NOTE D'HONORAIRE

NOM / PRENOM :

M. SBAÏ Amine

ACTES :

Révision de la prothèse

PRIX :

400 DH

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

Quatre cent DH

Docteur EL BARDI SAÏD  
PARODONTOLOGIE  
N° 219 81200066 - 40700164 - 2571637 - ICE : 001901776000065 - INPE : 094011756  
Rue 05 30 49 15 13 - Casablanca

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

219, BD. Zerketouni - 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