

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**DIREC** N° W19-429486

**ANPL**

**ND:**  
**15273**

**Maladie**

**Dentaire**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12607**

Société : **RAI**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **SBAI Amine**

Date de naissance : **05/01/1987**

Adresse : **LOT Domaine de Dabaghout Fz, AAI BANCHA NOUACEUR**

Tél. : **0676393530** Total des frais engagés : **400,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/12/2013**

Nom et prénom du malade : **SBAI Amine**

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Age : **38 ANS**

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) :

### 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

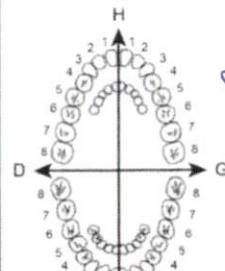
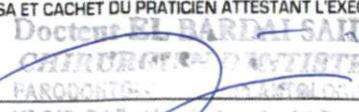
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b> 		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b> <b>Docteur EL BARDAI SAID</b> <b>CHIRURGIE ORTHOPÉDIE</b> <b>PARODONTALE</b> <b>N° 219, Bd Zekraoui - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage</b> <b>Tél: 05 25 95 16 13 - Casablanca</b>															



# 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

Pédiatrie (Enfants à partir de 3 ans)

Casablanca, le 11.12.2019.

M<sup>n</sup> SBAÏ Amine

I) Elastil (BIV)  
Silex-B/H pt 1 semai

II) Elgesing Blancheur = Dentifrice Blancheur  
En brossage = sec pt 3 min

Docteur EL BARDAÏ SAID  
CHIRURGIEN DENTISTE  
PARODONTOLOGISTE  
N° 219, Bd Zerkouni - App: 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22.39.15.13 Casablanca

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



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

Pédidontie (Enfants à partir de 3 ans)

Casablanca, le 11-12-2015

## NOTE D'HONORAIRE

NOM / PRENOM :

M. S'BAÏ Amine

ACTES :

Reblanchissement des dents

PRIX :

400 DH

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de

"Quatre cent DH"

Docteur SAID  
EL BARDAÏ  
Chirurgien Dentiste  
Parodontiste  
N° 219 Zerktouni - Résidence El Bardai - Casablanca - Tél.: 05 22.39.15.13 - E-mail : saidelbardai@hotmail.com  
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