

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



Déclaration de Maladie

N° W19-452444

R IID

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire (15233)	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7797		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SAMI ABDELMOUNAHE			
Date de naissance : 18-06-1960			
Adresse : Bouskoura			
Tél. : 0522912621	Total des frais engagés : 1500 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur EL SARDAI SAID CHIRURGIE DENTISTE PARODONTALISTE - IMPLANTOLOGIE N° 219, Bd Zekkaoui - App. 3 - 1er Etage Tel: 05 22 38 10 13 - Casablanca </div>		
Date de consultation :	24/12/2019		
Nom et prénom du malade :	SAMI El Sardai		
Age :	18 ANS		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Comjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	SOUCS DENTALITES 2020		
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 : 31/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-452444

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

12 JAN 2020

Matricule : 7797

Nom de l'adhérent(e) : Sami

Total des frais engagés : 1500 Dhs

Date de dépôt : 12 JAN 2020

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 :

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

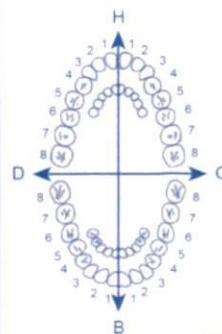
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
	H 25 25	canal 1/2 Rx Retraux treatment Canal	0x 03 J15
	11 26 24 (25)	Rx Retraux compte Anolps Anolps	03 J10 J10
		Anolps	J10

INP : 094011756.

Coefficient des travaux D65

Montants des soins #1800

Début d'exécution 24/12/2018

Fin d'exécution 26/12/2018

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

Determination du coefficient masticatoire

25533412 00000000 00000000
00000000 00000000 35533411 11433553

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

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BARIDA SAID CHIRURGIEN DENTISTE PROSTHODONTISTE ENDODONTIE 219 Bd Zaytoun - Appart 3 - 10 Flats Tel: 06 22 38 45 12 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

Pédidontie (Enfants à partir de 3 ans)

Casablanca, le 26 - 12 - 2019.

A la SAMI line

RXL 25 pris le 24-12-2019.

RXL 25 pris après Traitement complet
le 25-12-2019

Docteur SAID
Résidence El Bardai
N° 219, Bd Zerkouni
Tél: 05 22 39 15 13
SAID - STE
IMPLANTOLOGIE
Casablanca

شارع الرقطوني 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

Pédodontie (Enfants à partir de 3 ans)

Casablanca, le 26-12-2019.

NOTE D'HONORAIRE

NOM / PRENOM :

Mme SAMI - Rina .

ACTES :

Rebuste d' 1 consult (Drx-25
④ tractement canule r 2T (D) q(m) + 26 (+) Amalga
+ 24 (+) Amalga - 25 .

PRIX :

1800 Dh

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

"Mme huit cent Dh"

Docteur EL BARDAI SAID
CHIRURGE ET DENTISTE
PARODONTOLOGIE ET IMPLANTOLOGIE
N° 219 Bd Zerktouni - Racine 3 - 1er 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 : saidebardai@hotmail.com

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



CENTRE DENTAIRE EL BARDAÏ

Docteur Said 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 26 - 12 - 2019.

Mme SAMI - Liné

Anoxit "igr"

2 h 1 heure Avant -

Docteur EL BARDAI SAID
CHIRURGIEN DENTISTE - IMPLANTOLOGIE
PARODONTOLOGIE - RACINE
N° 219, Bd Zerkouni - App. 3 - 1er Etage
Casablanca
Tél: 05 22 39 15 13

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