

# 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  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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09287 Société : R.A.M. 161168

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMIMI Bouchra

Date de naissance : 11/09/1961

Adresse :

Tél. : 06 60 92 11 34

Total des frais engagés : 2815 - 12000 Dhs

Destinataire : M. MUPRAS - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H Casablanca  
PARC D'AFFAIRES - IMMOBILIERS  
M° 210, Bd Zerktouni - App 3 - 1er Etage  
Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Casablanca

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

devise 11/05/16 et 3

Date de consultation : 11/05/16 et 3

Nom et prénom du malade : AMIMI Bouchra

Age : 51 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DRDS pour prothèse dentaire (O.R.A)

Affection longue durée ou chronique :  ALD + ALC  Pathologique

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch, likely a maxillary arch, with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right serves as a coordinate axis, with a vertical line intersecting it at the center. A curved arrow at the bottom left indicates a clockwise rotation of the arch.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

1/46/43 DATE DE EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : 12.000 Dhs *prothèse dentaire*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur EL BARDI ABD**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
**PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE**  
**9<sup>e</sup> 218, Bd Zerktouni - App 3<sup>e</sup> 6<sup>e</sup> étage**  
**Tél: 05 22 30 15 13 - Casablanca**

*(+) Rx AP  
(+) Facture*

Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : Mme AMINI BOUCHRA Age : 57 ans

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire *(+) Rx AP*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0008431**

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid: the vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', the horizontal axis to the right is labeled 'G', and the diagonal axis pointing down and to the left is labeled 'B'.

### **(Création, remont, adjonction)**

3CCM  $\approx$  45/46/47

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CE DOCUMENT EST UN  
PARCOURS MEDICAL  
DU DOCTEUR  
BARDAI SAID  
N° 214  
VISA EN CAHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
DU 30.15.13 - Appt 3 - 1er Etage  
Casablanca

Docteur Said El Bardaï

## *Spécialiste en Chirurgie dentaire*

## *Docteur en Médecine Dentaire* **ESTHÉTIQUE DENTAIRE**

## *Chirurgie buccale-Soins de gencive*

### *Prothèse adjointe et conjointe*

**IMPLANTOLOGIE  
PARODONTOLOGIE**

No. de dossier : 20230517\_123736

Nom : Amimi Bouchra Sexe : Femme

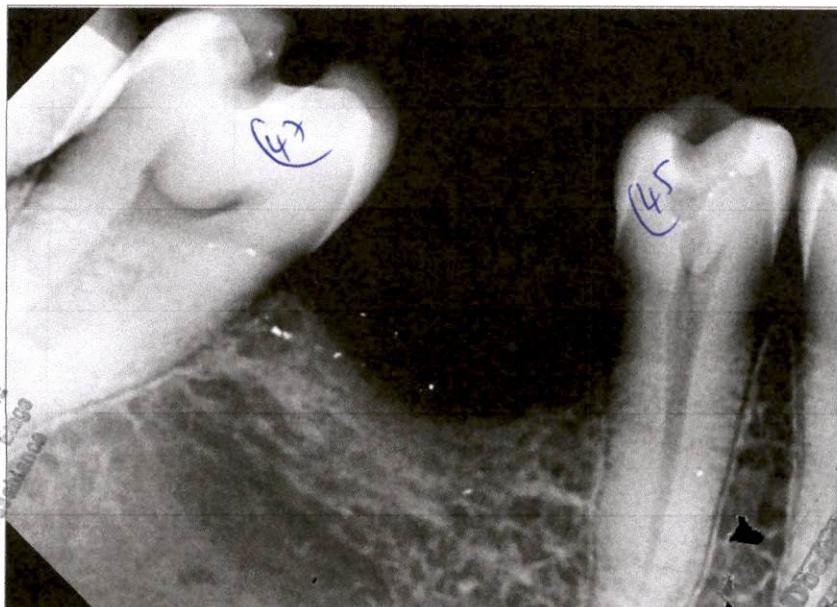
Date de naissance : 11/09/1965

Age : 57Y

17/05/2023

RX 145/47  
3ccm  
your DRS

R+  
ADout



rapport: 339,15% 0[kVp] 0[mA] 0,000 dGyCm<sup>2</sup>[DAP] Capteur IO. 45 17/05/2023

N° Dossier: 161168   
N° Dossier externe: ACC-09287-18/05/2023  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: AMIMI BOUCHRA  
Situation: En attente  
Sous-situation: ---  
Date de début: 18-05-2023   
Date de fin: 18-05-2023   
Date de saisie: 18-05-2023  
Événement: 

Docteur EL BARDAI SAID  
CHIRURGIE DENTISTE  
PARODONTOLOGIE DENTALOLOGIE  
N° 218, Bd 20 Mai - App 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 23 39 15 13 - Casablanca

Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
18-05-2023	Manuel	ACC D540 BCM 45 46 47 S/R RX APRES DR SAID BERDAI

Docteur EL BARDAI SAID  
CHIRURGIE DENTISTE  
PARODONTOLOGIE DENTALOLOGIE  
N° 218, Bd 20 Mai - App 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 23 39 15 13 - Casablanca

*Docteur Said El Bardai  
 Spécialiste en Chirurgie dentaire  
 Docteur en Médecine Dentaire  
 ESTHETIQUE DENTAIRE  
 Chirurgie buccale-Soins de gencive  
 Prothèse adjointe et conjointe  
 IMPLANTOLOGIE  
 PARODONTOLOGIE*

Casablanca , le

06.06.2023.

## NOTE D'HONORAIRE

NOM / PRÉNOM : *M<sup>me</sup> AMIMI - Bouhra*

ACTES : *Reblisterage d'un bridge de 3cm ap' Accor*

*L 45/46/4 -*

*= 3 x 880 = 2640*

*C*  
 PRIX : *# 42.000 Dhs #*

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

*"Douze Mille dinars"*

*Docteur EL BARDAI SAID  
 CHIRURGE DENTAIRE - PARODONTOLOGIE  
 M<sup>me</sup> 210, Bd Zerkouni - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
 Tel: 05 22 39 15 13 - Casablanca*

# CABINET DENTAIRE

Tél : 0522 39 15 13

Docteur El BARDAI Said

عيادة طب الأسنان الدكتور سعيد البرداعي

Docteur Said El Bardai

Spécialiste en Chirurgie dentaire

Docteur en Médecine Dentaire  
ESTHETIQUE DENTAIRE

Chirurgie buccale-Soins de gencive

Prothèse adjointe et conjointe

IMPLANTOLOGIE

PARODONTOLOGIE

No. de dossier : 20230517\_123736

Nom : Amimi Bouchra Sexe : Femme

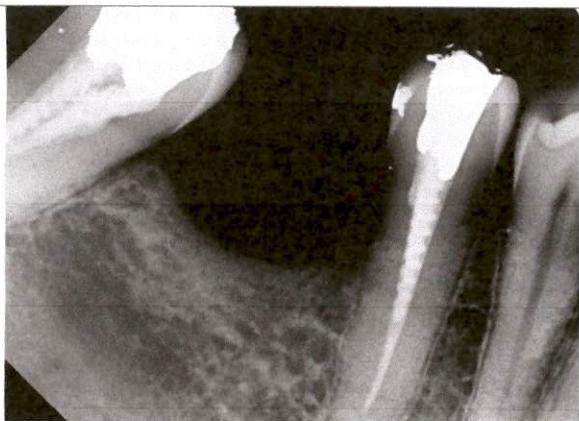
Date de naissance : 11/09/1965

Casablanca, le

Âge : 57Y

06/06/2023

Docteur EL BARDAI SAID  
CHIRURGIEN DENTISTE  
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE  
N° 218, Bd Zerkoudi - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 06 22 39 15 13 - Casablanca



rapport: 234,40% 0[kVp] 0[mA] 0,000 dGyCm^2[DAP] Capteur IO. 45 23/05/2023

rapport: 234,40% 0[kVp] 0[mA] 0,000 dGyCm^2[DAP] Capteur IO. 45 06/06/2023

Docteur El BARDAI SAID

CHIRURGIEN DENTISTE

PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE

N° 218 Bd Zerkoudi - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage

Tél: 06 22 39 15 13 - Casablanca

RF-45/47  
Anat

Rx 45/46/47  
Bridge & place

219, Bd Zerkouni - Résidence El Bardai - Quartier Racine - Casablanca - Tél : 0522 39 15 13 - Email : saidelbardai@hotmail.com

Patente : 35700066 - IF : 40700164 - CNSS : 2571637 - ICE : 001901776000065 - INPE : 094011756

0522391513 - إقامة البرداعي - راسين - الدار البيضاء - الهاتف : 219

شارع الرققطوني الطابق الأول - رقم 3 - إقامة البرداعي - راسين - الدار البيضاء - الهاتف : 0522391513