

# 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, parodontologie 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'H  
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  
M23-008423

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09287 Société : RAT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AMIMI Boucha  
Date de naissance : 11/09/1965  
Adresse :  
Tél. : 06 60 92 4234 Total des frais engagés : DBV.S = 12000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CHIRURGIE DENTALE  
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE  
N° 210, Bd Zerkoun - Apt 3 - 1er Etage  
Tél: 85 22 38 18 19 - Casablanca

Date de consultation : 13/05/2023  
Nom et prénom du malade : AMIMI Boucha Age : 57 Ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DBV.S pour prothèse dentaire  
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





[illegible][illegible][illegible]

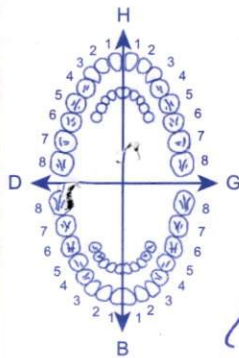
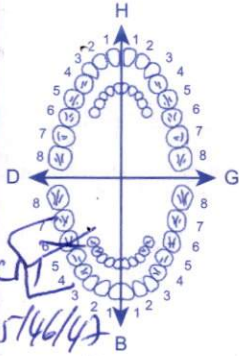
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Cachet et signature du Praticien</b>	<b>Date des Soins</b>	<b>Nombre</b>				<b>Montant détaillé des Honoraires</b>
		<b>A M</b>	<b>P C</b>	<b>I M</b>	<b>I V</b>	
						.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>ODF</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="D540"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="D540"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="#12.000"/>												
	DENTS pour 2 arches d'bridge de 3ccm = 45/46/47 3 x D180 = D540 #12.000			DATE DU DEVIS <input type="text" value="du 17/05/2023"/>												
	DEVIS pour 3ccm de 45/46/47			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hi-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**  
**M23-008431**

☒ 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 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL BARDI  
CHIRURGIEN DENTISTE  
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE  
N° 210, Bd Zerktouni - 4ème Etage  
Tél: 05 22 30 15 13 - Casablanca

Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : M. 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**

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).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

# 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
<b>PROTHESES DENTAIRES</b> 			

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553
B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

*Rebilitation Apres accant*  
*1/2 Bridge de 3ccm-45/46/47*  
*5 3x D180 = D540 # 12000 D180*

*3ccm s 45/46/47*

Coefficient des Travaux: D540

Montants des Soins: #12.000,00

Date du: 218-05-2023

Date de l'exécution: 206/06/2023

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CELIL BARDAL SAID**  
 DENTISTE  
 N° 218-05-2023  
 39 15 13 - Casablanca

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Rebilitation Apr 2001

DATE	DESCRIPTION
4/1	Bridge Deck - 45/60/75
5/3	2x Digs = Duro #1200 075

3CCM ~ 45/46/47

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DENTAIRE

Tél : 0522 39 15 13 Docteur El BARDAI Said الدكتور سعيد البردعي عيادة طب الأسنان

*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

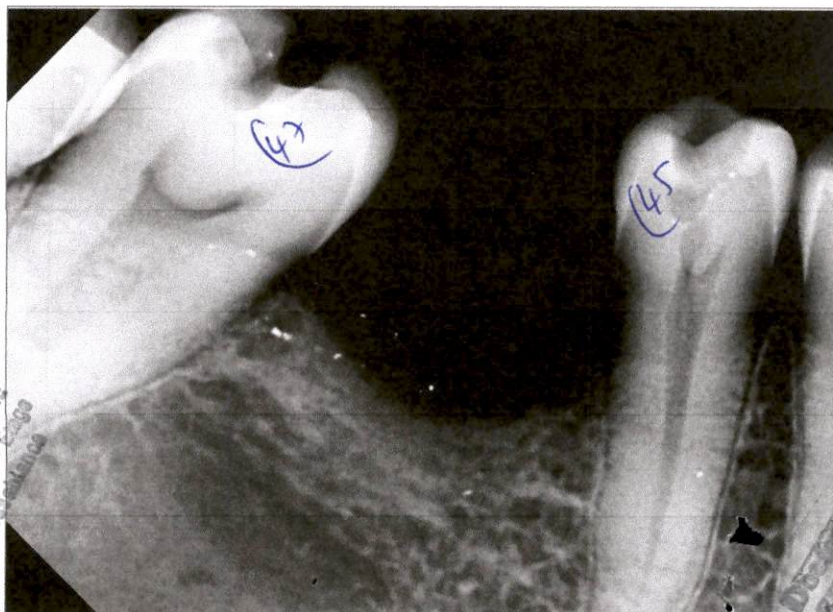
Date de naissance : 11/09/1965

Âge : 57Y

17/05/2023

RX 45/47  
pour DEXES 3ccm

RX  
Rout



rapport: 339,15% 0[kVp] 0[mA] 0,000 dGyCm^2[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:

Doc: EL BARDAI SAID  
CHIRURGIE DENTISTE  
PARODONTOLOGIE - ORTHODONTIE  
N° 218, Bd Zerktouni - App 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 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 - ORTHODONTIE  
N° 218, Bd Zerktouni - App 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca

# CABINET DENTAIRE

Tél : 0522 39 15 13 Docteur El BARDAI Said الدكتور سعيد البردعي عيادة طب الأسنان

*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 / PRENOM : *M<sup>lle</sup> AMIMI - BOUCHRA.*

ACTES : *Reprise d'un Bridge de 3cm apr'Accid.*  
*L 45/46/4 -*  
*= 3 x 1780 = 5340*

PRIX : *# 42.000 DB #*

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

*"Douze Mille dirhams"*

Docteur EL BARDAI SAID  
CHIRURGIE DENTAIRE - ESTHÉTISME  
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE  
N° 219, Bd Zerkouni - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca



# CABINET DENTAIRE

Tél : 0522 39 15 13 Docteur El BARDAI Said الدكتور سعيد البردعي عيادة طب الأسنان

*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

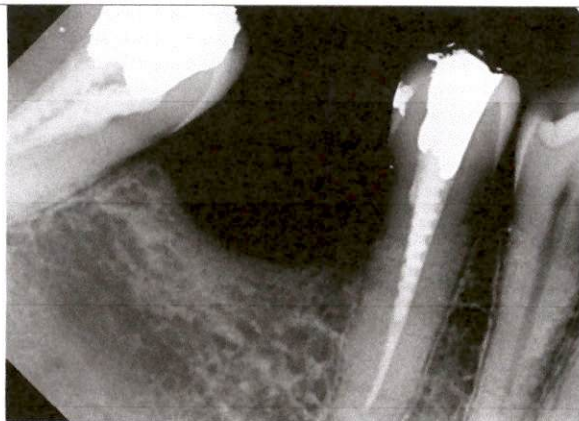
Nom : Amimi Bouchra Sexe : Femme

Date de naissance : 11/09/1965

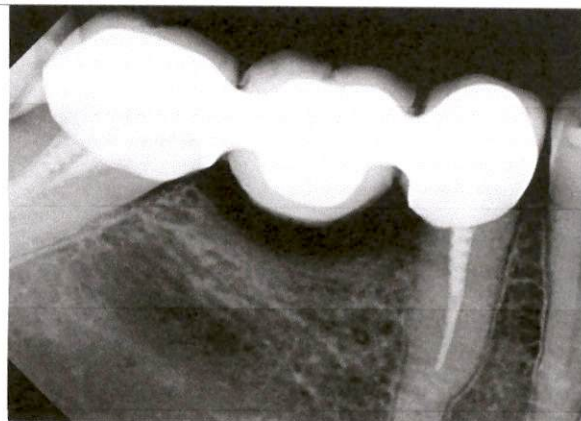
Âge : 57Y

06/06/2023

Docteur EL BARDAI SAID  
CHIRURGIEN DENTISTE  
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE  
M° 219, Bd Zerkoudi - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 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  
M° 219, Bd Zerkoudi - Appt 3 - 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 39 15 13 - Casablanca

Rx - 45/47  
Ant

Rx 45/46/47  
Bridge & pleu

219, Bd Zerkoudi - 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 : الهاتف - الدار البيضاء - راسين - إقامة البردعي - رقم 3 - شارع الزرقطوني الطابق الأول - 219