

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 canaux, 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 canaux.

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 207155
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAIBI FAICAL
 Date de naissance : 1949 A - FES
 Adresse : Lotissement Abdelmalek Rue
 6 N° 57 OULFA CASABLANCA
 Tél. : 0666198568 Total des frais engagés : 1200,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 09/04/2024
 Nom et prénom du malade : CHRAIBI Faical Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Somme 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 24/05/24

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ 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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/01/24	Cone Beam	1000,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
		Compléter	C5	C5.	209,00	09/04/24	

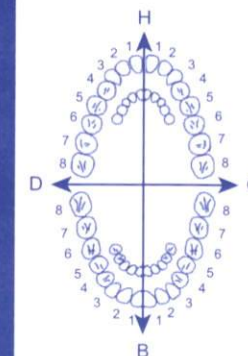
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

09/06/2024

Patient (e) :

Ma. CHRAÏBI FAÏÇAL

Veillez Réaliser :

- ☐ Une radiologie panoramique
- ☐ Une téléradiographie de profil
- ☒ Un cone-beam : *maxillaire*

*Explorer la région des
dents 14, 15, 16, 17*

Volume osseux → Diaphte

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zair
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : info@hck.ma

Dr. ABEL MOURAY ABIDA
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zair
Médecin Dentiste
Tél : 0529 01 02 52



CASABLANCA, le 12/04/2024

PATIENT : CHRAIBI FAICAL

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Cone beam dentaire 1etage**

IPP : **151008151631GH**

DATE NAISSANCE : **01/01/1949**

NUMERO DOSSIER : **2400862168**

Renseignements cliniques : bilan pré implant maxillaire.

Technique : acquisition volumique en mode CBCT, reconstructions multi- planaires, en mode panoramique, et radiaire.

Résultats :

A l'étage maxillaire

- Déminéralisation de l'os trabéculaire
- Carie de la 13.
- Chicot de la 14 et 17 avec granulome péri radiculaire.
- Matériel de restauration des dents 15, 16.
- Diminution de l'épaisseur et la hauteur de la crête osseuse.
- Rapports des racines avec la corticale palatine et vestibulaire.
- Comblement du sinus maxillaire droit.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr BOUKNANI**

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS BOUKNANI
RADIO-LOGIE
021240434



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 921 / 2024 du 12/04/2024

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 12/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 12/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONE BEAM DENTAIRE 1 ETAGE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DIRHAMS	Total 1 000,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			1 000,00		1 000,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 0529 00 44 66
E-mail : radiologie@hopital-ckz.ma

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 56 240 / 2024 du 09/04/2024

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 09/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DENTAIRE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total Frais Clinique				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX CENTS DIRHAMS	Total 200,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			200,00		200,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° IMP : 090061862