

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.

M23-0027968

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

CHRAIBI FAICAL

Date de naissance :

1949

Adresse :

Lotissement Attala comme Rue

Télé. :

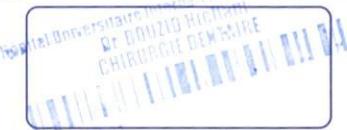
06 66 19 85 68

Total des frais engagés :

1200,000 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 :

Soin 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 : 24/05/24

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Service Radiologie</i> Tél : (+221) 33 00 61 862 E-mail : www...	20/04/24	Canal Beam	1000,00 D.F.

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	
	<i>Complémentaire</i>	<i>CS</i>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>CS.</i>
				MONTANTS DES SOINS <i>Loo, +</i>
				DEBUT D'EXECUTION <i>09/04/24</i>
				FIN D'EXECUTION <i> </i>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <i> </i>
				MONTANTS DES SOINS <i> </i>
				DATE DU DEVIS <i> </i>
				DATE DE L'EXECUTION <i> </i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000	B	00000000
	35533411			11433553
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

09/04/2026

Patient (e) :

Mr. CHRAIBI FAIGAC

Veuillez Réaliser :

- Une radiologie panoramique
- Une téléradiographie de profil
- Un cone-beam : *Mosilhanne*

Explorera la région des
dents 24, 25, 26, 27
Volume osseux → Diostéose
haut en

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Service Radiologie

Tél: (+212) 0529 00 44 66

E-mail: radiologie@hck.ma

Dr Arik Mourad Ismail
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Médecin Dentiste
Tél: 0529 01 02 52



CASABLANCA, le 12/04/2024

PATIENT : CHRAIBI FAICAL

EXAMEN(S) REALISE(S) : Cone beam dentaire 1er étage

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
RADIOLOGIE
821246434

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

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 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> 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*

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 Sous-Total	200,00 200,00
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