

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

- Reclamation : 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 : 8750 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOURHABI LEILA

Date de naissance : 25.05.1967

Adresse : Bouskoura

Tél. : 0647 01 36 82 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BARKAOUI Sara
Médecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.

Date de consultation : 22/05/2019

Nom et prénom du malade : BOURHABI LEILA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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) :

VOLET ADHÉRENT

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
Hôpital Universitaire International Mohammed VI à Tétouan	30/04/24	✓ 10	180.000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

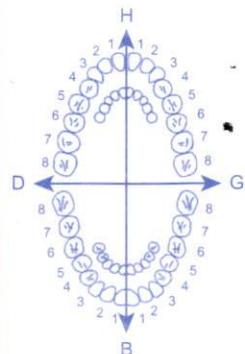
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

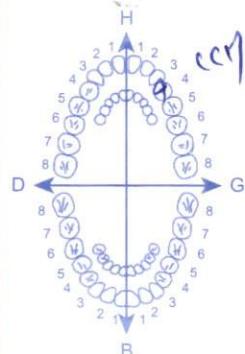
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

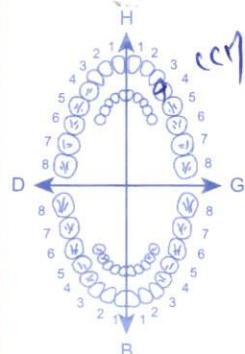
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

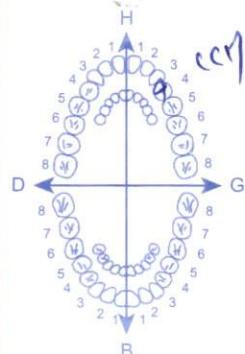
Important :

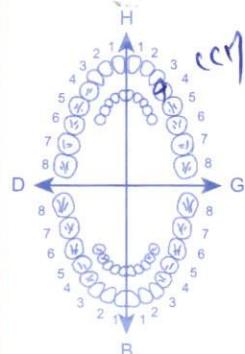
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
			

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	C. J. DAKKAKI DENTISTE Medecin Dentiste C.I.L. Centre Dentaire C.I.L. Tel: 05 22 94 65 74	
			

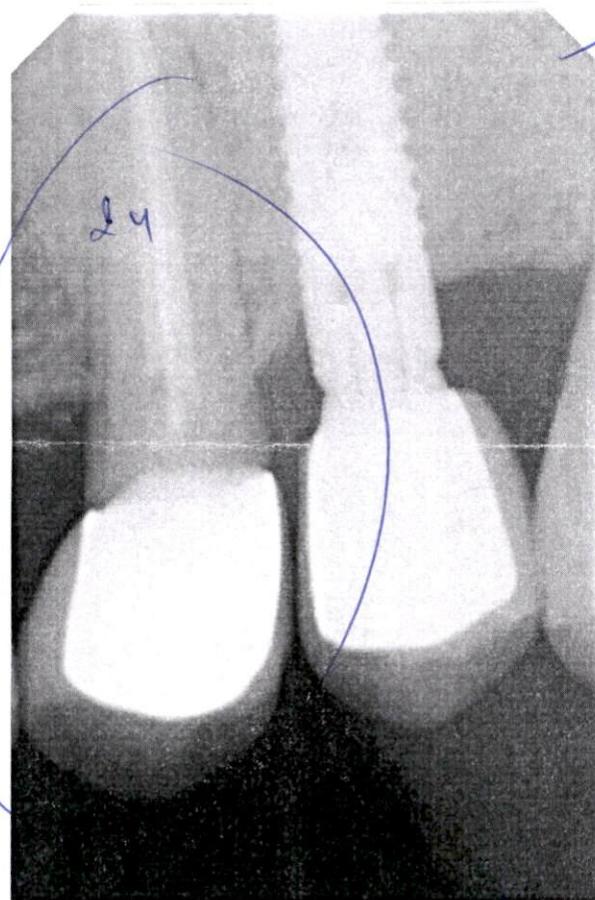
bourhabi, leila
25/05/1967

Mme. BOURHABI LEILA

Dr. BARKAOUI Sara
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74

Intra-oral prémolaires Adulte 24

Après 24





HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: BOURHABI LEILA

Date: 30/04/2024

Type d'examen: Panoramique dentaire

:

Panoramique dentaire

Résultats :

- Denture de type adulte partiellement édentées.
- Plusieurs dents traitées
- Granulome périapical de 35 et probablement de 42 et 45
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- Articulations temporomandibulaires en place

Merci pour votre confiance

PR EL BENNA



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400312179

F A C T U R E

N° 27 258 / 2024 du 30/04/2024

Nom patient : BOURHABI LEILA

Entrée 30/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/04/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANORAMIQUE DENTAIRE	1,00		180,00 Sous-Total	180,00 180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 180,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

Hopital Universitaire
International Mohammed VI
Casablanca Maroc



الدار البيضاء، في : 29/04/2024
Casablanca le :

BOURHABSI Leila

Rx Paralipage

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Imagerie Médicale

~~Dr. BARKAOUI Sarg
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74~~

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse*MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2404301057212900 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400312179	BOURHABI LEILA	30/04/2024

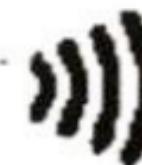
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	007668	180,00
PAYANT	Total payé	180,00

CENT QUATRE-VINGTS DIRHMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : H.AFFANE



SANS CONTACT



30/04/24 11:58:46
9900241200
92412001
HM6 IMAGERIE
Bouskoura

A0000000041010
APP : MASTERCARD
xxxxxxxxxxxx9323
CARTE NATIONALE
618E4929D45D9802
220-0-9999-1-55

MONTANT: 181,00 MAD
NUM TRANSACTION 005
NUM AUTORISATION 945133
STAN 007668

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Casablanca, le 22/04/2024

Patient(e): BOURHABI leila

FACTURE N° 4380F2022

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
SCELLEMENT DEFINITIF	0	24	5 000,00 DH
TOTAL			5 000,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Cinq mille Dh

Signature du Praticien

Dr. BARKAOUI Sara
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'atlas – CIL*Casablanca* Tél. : 05 22 94 65 74* Fax : 05 22 94 59 81

Site web : www.clinicdentairecil.com

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI BOUSKOURA

20 40
60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 mm

15503 BE

BOURHAB LELLA F

20240412

Series



R

9 [mA]
70 [kVp]
DX