

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0028738

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8750

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOURNABI

LEILA

Date de naissance :

25.05.1967

Adresse :

Boisecours

Tél. :

0647 013482

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BARKAOUI Sara  
Médecin Dentiste  
Centre Dentaire C.J.L.  
05 22 94 65 74

Date de consultation :

22/04/2024

Nom et prénom du malade :

BOURNABI

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

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019






# 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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 30/04/24 | ✓ 1P                         | 180.000 DA             |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

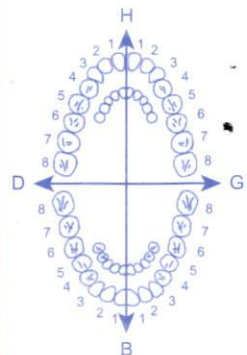
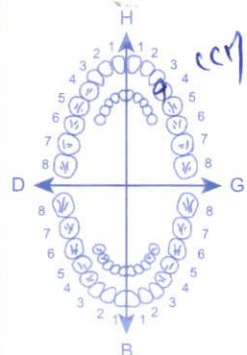
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient        |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|---|--|------------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|------|
|    |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| MONTANTS DES SOINS  |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| DEBUT D'EXECUTION   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| FIN D'EXECUTION   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> |                  | H                  |          | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | 2200 |
| H   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| 25533412  | 21433552   |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| 00000000  | 00000000   |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| D   | G  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| 00000000  | 00000000   |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| 35533411  | 11433553   |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
| B   |  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession<br>Couronne Céramo<br>Céramique bond 4<br>Implantant de<br>50000 DA 2200  |                  | MONTANTS DES SOINS | 50000 DA |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   | DATE DU DEVIS  |                  |                    |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |
|   | DATE DE L'EXECUTION  |                  | 22/04/24           |          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |      |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

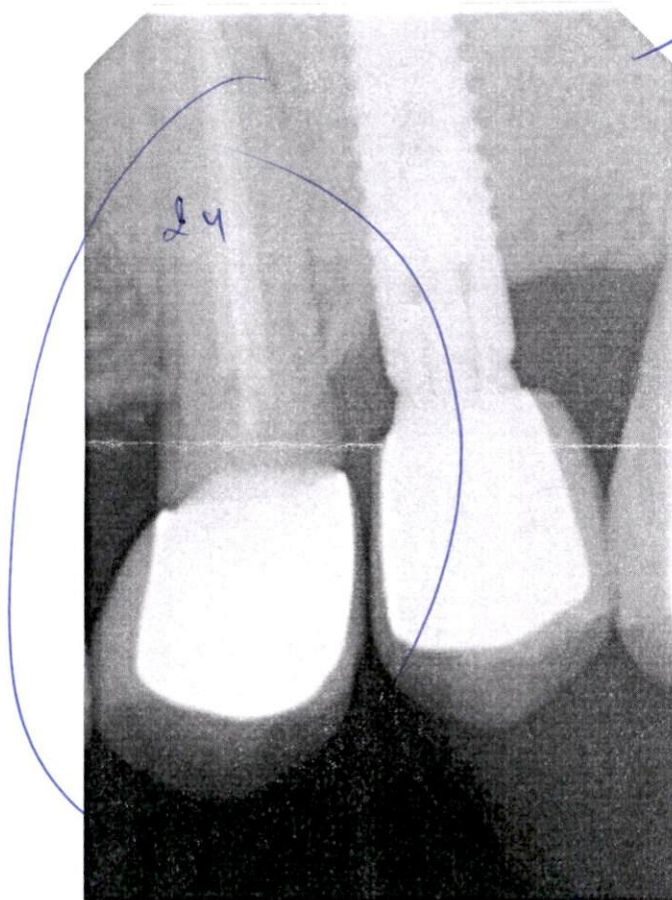
Dr. BARKAKOU  
 Médecin Dentiste  
 Centre Dentaire C.I.L.  
 Tel: 05 22 04 65 74

Mme. BOURHABI LEILA

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

Intra-oral prémolaire Adulte 24

Après 24





# HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: BOURHABI LEILA  
Type d'examen: Panoramique dentaire

Date: 30/04/2024

:

## 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**

Pr. EL BENNA  
Dentiste  
Faculté de Médecine Dentaire  
Casablanca



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        | 180,00  |
|                      |        |            | Sous-Total    | 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  
Service Imagerie Médicale

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

BARKABI Leila

7 Rx panoramique

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Service Imagerie Médicale

DR. BARKAOU Sara  
Médecin Dentiste  
Centre Dentaire C.I.L.  
Tél: 05 22 94 65 74

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



مركز الخدمات

SANS CONTACT



30/04/24

11:58:46

9900241200

92412001

HM6 IMAGERIE

Bouskoura

A00000000041010

APP : MASTERCARD

xxxxxxxxxxxx9323

CARTE NATIONALE

618E4929D45D9802

220-0-9999-1-55

MONTANT: 180,00 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 DEFINITIVE | 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. BARKAOU Sara  
Medecin Dentiste  
Centre Dentaire C.I.L.  
Tél: 05 22 94 65 74

C l i n i q u e   D e n t a i r e   C I L  
42, rue de l'atlas – CIL\*Casablanca\* Tél. : 05 22 94 65 74\* Fax : 05 22 94 59 81  
Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI BOUSKOURA

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

115503785

BOURHAB LELIA F

20240401

Series 1



R

40  
60  
80  
100  
120  
140  
mm

9 [mA]  
70 [kVp]  
px