

# 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 l'respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M23-004537

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2731 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HICHAM LATIFA

Date de naissance : 15/03/56

Adresse : Habouelle

Tél. : 06.24.606.038 Total des frais engagés : 300.DH. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/23

Nom et prénom du malade : C.P.A Age : 68 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : C.P.A

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : X

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 JAN. 2024

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 : CASA Le : 15/01/24

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)



## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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

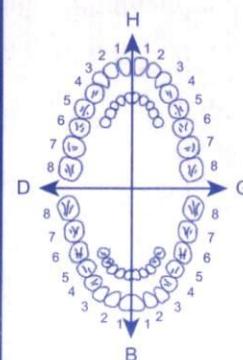
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CARTES DE CRÉDIT : COMMENT LES CHOISIR ?

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur K.G. SNOUSSI

Oto-Rhino-Laryngologue

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Professeur associé à UM6SS

Directeur du Casablanca audition center

Hôpital cheikh khalifa



الدكتور خالد سنوسي

اختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن، الأنف والحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا))

مدير مركز السمع بمستشفى الشيخ خليفة  
أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

## Hôpital cheikh Khalifa

Casablanca le : 15.11.2023

### Consultation pré anesthésie

Merci de bien vouloir examiner Mme Hicham Khalifa

Qu'on va opérer le 28.11.23 pour Otoprotéotypie  
Dr K (PN)

Dr Khalid SNOUSSI  
Oto-Rhino-Laryngologue  
47 Avenue Hassan II - 20130 Casablanca  
Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67  
E-mail : k.g.snoussi@gmail.com

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca 47 معج الحسن الثاني الدار البيضا

الهاتف: 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67

E-mail : k.g.snoussi@gmail.com - en cas d'urgence : 06 53 59 03 10

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 21/11/2023

Numéro : 164 115



090061862

Nom patient : HICHAM LATIFA

Médecin : PR. SALMI SAID  
Anesthésie-Réanimat.

2300782532

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	300,00
Total	300,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
TROIS CENTS DIRHAMS

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@fcikm.hck.ma  
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 231121153317HA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300782532	HICHAM LATIFA	21/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	27267	300,00
Total payé		300,00

Reçu établi par : HAN.ZIT



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
Hôpital - Clinique - Réception

21/11/23

14:24:16

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA  
CASABLANCA**

A0000000031010

VISA

VISA

439376\*\*\*\*\*1211

06/24 CARTE NATIONALE

201-0-0-44

Num Commerçant	2220064
Num TPE	08170033
Num Transaction	000008
Num Autorisation	463708
Num STAN	027267

**MONTANT : 300,00 MAD**

DEBIT  
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS**

**APPELEZ LE 05 22 91 74 74**