

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.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

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 : HabTuelle
 Tél. : 0624606038 Total des frais engagés : 300 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/23
 Nom et prénom du malade : Age : 68 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : CPA
 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 : SASSA Le 15/01/24
 Signature de l'adhérent(e) :

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 :

Dates des Actes : 05/05/2008
 Natures des Actes : CS
 Nombre et Coefficient : 30000
 Montant détaillé des Honoraires : 30000
 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur : Date : Montant de la Facture :

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 :

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 :

Cachet et signature du Praticien :
 Date des Soins :
 Nombre :
 Montant détaillé des Honoraires :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

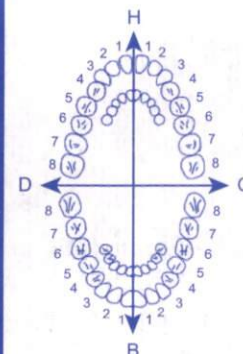
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 G
 35533411 11433553
 B

[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

Docteur K.G. SNOUSSI

Oto-Rhino-Laryngologiste

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 غزني سنوسي

إختصاصي 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 Hiclam Khalifa

Qu'on va opérer le 28-11-23... pour Tympanite
DML (PR)

Docteur K.G. SNOUSSI
Oto-Rhino-Laryngologiste
47 Avenue Hassan II - 20130 Casablanca
Tél.: 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67
INE: 06.53.59.03.10

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - محج الحسن الثاني الدار البيضاء

Tél.: 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

FACTURE

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@ckm.hick.ma
N° NP 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
FONDATION RECHERCHE

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**