

# 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.

M22- 0031149

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : 203533

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHRAIBI FAICAL

Date de naissance :

1949 a

Adresse :

John Lennon

Tél. :

0666198568 Total des frais engagés : 300 + 140,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
**Dr. SNOUSSI Khalid**  
Professeur associé à UMOSS  
Gto-Ortho-Laryngologiste

Date de consultation :

08.11.13 08 33 Age:

Nom et prénom du malade :

affection al

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

affection al

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 : Essaouira Le : 03/11/2014

Signature de l'adhérent(e) : Eloua

## **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/11/24        | Ch                | 1                     | 3000                            | Prise en charge de la consultation et de l'examen clinique.    |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                    | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| Pharmacie SINA - CASA<br>Ame. Berthiaume 1 <sup>e</sup><br>Bo. 022 1601-4 | 22/4/24 | 140,20 \$H            |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ULF.

| 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<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   | D<br>00000000                             | B<br>35533411             |             | 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 |   |                           |             |                         |



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

22.6.24  
Mr Chraibi Faical

70.10 x 2

Nazair



✓ - I - k - f - 3 - j

140. 20

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr. SMOUSSI Khalid  
Professeur associé à UMGSS  
Urg. Rhinolaryngologiste  
091130633

otasan fort nos

2/3 ans le devoir  
et l'effort



LOT: IC31073  
PER: 08/2025  
PPV: 70 DH 10

Cipla  
Etiquette

## Reçu de caisse

Méd'HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 24042212261985701 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2400867703       | CHRAIBI FAICAL | 22/04/2024        |

| Mode paiement       | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------------|------------------------|-------------|
| CarteB              | 010243<br>Lui-même     | 300,00      |
| PAYANT              | Total payé             | 300,00      |
| TROIS CENTS DIRHAMS |                        |             |

Reçu établi par : SAM.HAT





## F A C T U R E

N° 62 250 / 2024 du 22/04/2024

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Entrée 22/04/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 22/04/2024

|                             | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire        | Montant          |
|-----------------------------|--------|------------|----------------------|------------------|
| PRESTATIONS INTERNES        |        |            |                      |                  |
| CONSULTATION ORL            | 1,00   |            | 300,00<br>Sous-Total | 300,00<br>300,00 |
| <b>Total Frais Clinique</b> |        |            |                      | <b>300,00</b>    |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

|                     |              |               |
|---------------------|--------------|---------------|
| TROIS CENTS DIRHAMS | <b>Total</b> | <b>300,00</b> |
|                     |              |               |

| Encaissements |  |  |  |  | <b>Total encaissé</b> | <b>Solde</b> |
|---------------|--|--|--|--|-----------------------|--------------|
|               |  |  |  |  |                       | 300,00       |



Adresse : Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa BP 82403 Casa Oum Rabii,  
Hay Hassani Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Casablanca, Maroc

+212 (0) 5 29 00 44 77 / +212 (0) 701 07 18 50  
CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,  
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026



مركز التقدیمات

SANS CONTACT



22/04/24 14:25:21  
9900397820  
93978201  
HOP CHEIKH KHALIFA G4  
Casablanca

A0000000031010  
APP : VISA  
xxxxxxxxxxxxx6199  
CARTE NATIONALE  
423CBF7AF673A213  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 014  
NUM AUTORISATION: 019424  
STAN : 010243

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT