

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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
6828

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

R.A.M

FEIRATA

Nom & Prénom :

TOUINIÉ CHAFIK

Date de naissance :

6-12-1957

Adresse :

lot HABIBA N° 61 1188055A - CASA

Tél. : 0619659477

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/11/2023

Nom et prénom du malade : _____ Age: _____

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

piel (aux tâches que m'a fait)

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 13/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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
13/11/12	Acte de naissance	1	300,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

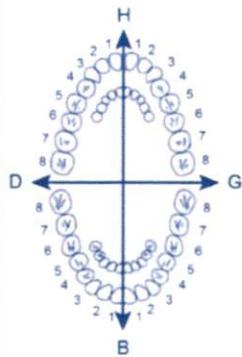
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr E. Bégin 061304218	13/11/2013	Ph. Régis 1-18	360,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Rue de l'Hôpital, Quartier des Hôpitaux - Casa Tél : 05 22 21 01 55 - Fax : 05 22 20 38 53 E-mail : medic.pro3@gmail.com	27.12.2013	he pc é de salles orthopé				670000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

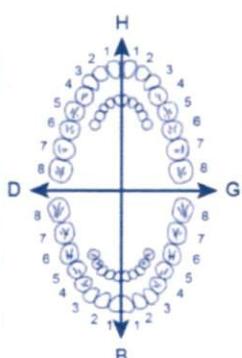


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

MENT
RAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 13/11/2023

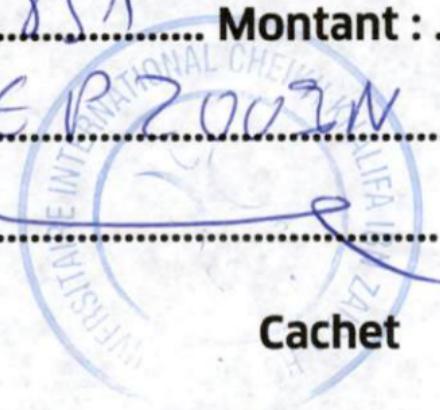
Quittancé - Paiement espèces 0828397

IPP :

N° D'admission : 2300HA851 Montant : 360 Drs

Patient : DOUFTHR ERZOONI CHAFKA

Payé par : Ell



Cachet



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

Douffir. et Zoua chafika

Seme lés orthopédique.

Sur pieds greux

Antérieurs ou Valgum.

650,00
DT Médicpro
L'équilibre retrouvé
38, Rue des Hôpitaux Quarantaine d'Hôpitaux Casablanca
Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 88 53
E-mail : medicpro@medicpro.ma



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

13/11/23

Draffir cp 20012 chafika

→ Rx des 2 pieds de
profil en charge, avec mesure
d'ongles.

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant MOUAY BERKHI JIHAD

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant MOUAY BERKHI JIHAD
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant MOUAY BERKHI JIHAD

INFORMATION CLIENT :

DOUFFIR EP ZOUIN CHAFIKA

FN° A980/2023

A Casablanca, le

07/12/2023

Désignation	quantité	Prix unitaire ttc en DH	Montant ttc en DH
SEMELLE ORTHOPEDIQUE	2	325,00	650,00
Montant total ttc			650,00
Montant TVA20%			108,33

Arrêtée la présente facture à la somme de six cent cinquante dhs(ttc) :

Direction


 38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux Casab
 Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53
 E-mail : medic.pro3@gmail.com

medicpro.ma

♦ MedicPro Siège :
 38, Rue des hôpitaux, quartier des hôpitaux
 Casablanca
 Tél: 05 22 27 03 55 - Fax: 05 22 22 15 64
 Rib :007 780 000 409 90 00 0015 35 86

♦ Medicpro Centre d'appareillage
 9, Rue Grasset, quartier des hôpitaux
 Casablanca
 Tél: 0522 20 23 73 / 06 61 75 91 12
 E-mail: medic.pro3@gmail.com

IF: 40234831
 Patente: 36334855
 RC: 226261
 CNSS: 8571988
 ICE: 0000550140000080



CASABLANCA, le 13/11/2023

PATIENT : DOUFFIR EP ZOUIN Chafika

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Pied F**

IPP : **170713105607AI**

DATE NAISSANCE : **21/11/1962**

NUMERO DOSSIER : **2300777851**

Rx PIED F/P

Minéralisation osseuse normale.

Articulations tarsiennes, métatarsiennes et inter phalangiennes de morphologie normale.

Absence de lyse osseuse.

Absence d'anomalie des parties molles.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr EL BENDADI Wafaa**

Dr EL BENDADI Wafaa
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
06 13 04 21 13

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 159 512 / 2023 du 13/11/2023

Nom patient : DOUFFIR EP ZOUIN CHAFIKA

Entrée 13/11/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RADIOGRAPHIE DU PIED DE FACE ET DE PROFI	2,00		180,00 Sous-Total	360,00 360,00
Total Frais Clinique				360,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total	360,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	360,00				360,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : (+212) 525 21 44 21