

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.



Declaration de Maladie

N° W21-783284

194675

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 6828

Matricule : Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : FOUINE Chahib

Date de naissance : 4-12-1957

Adresse : LOT HABIBA N° 61 URBANA CASA

Tél. : 0619659477 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : pied faux (trouble articulaire mb inf)

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 : 13/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
13/11/23			300,00	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

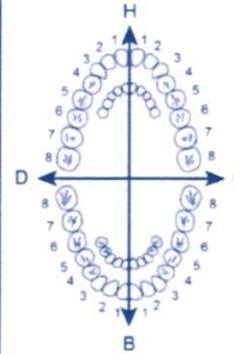
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHAYAT [Signature]	13/11/23	100, 100, 100	360,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

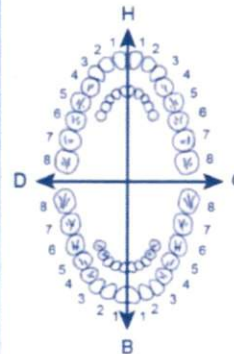
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MedicPro [Signature]	07/12/23	hep	des	orth	tech	600,00

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



DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D			B
00000000	00000000	00000000	11433553
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 13 / 11 / 2023

Quittancé - Paiement espèces 0828397

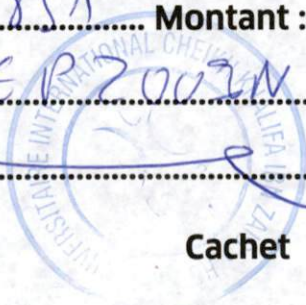
IPP :

N° D'admission : 2300-HA851 Montant : 360 DA

Patient : DOUFFRER ERZOUZIN CHAFKA

Payé par : Ell

Cachet





وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

13/11/23
Doutnik. et Zoua
Chafika

Semelle orthopédique.
pour pieds plats
Arrière pied en valgum.

650100
DA

 Medicpro
L'équilibre est la santé
38, Rue des Hôpitaux Oudjda - Casablanca
Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 27 03 53
E-mail : medicpro@orange.ma

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

13/11/23

Douffir cp Zouin Chafika

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

FACTURE

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

Medicpro
L'équilibre retrouvé
38, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél : 05 22 27 03 55 - Fax : 05 22 20 38 53
E-mail : medic.pro3@gmail.com

medicpro.ma



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



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**



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



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

ROYAUME DU MAROC

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

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
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DU PIED DE FACE ET DE PROFI	2,00		180,00	360,00
			Sous-Total	360,00
Total Frais Clinique				360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total

360,00

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

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 05 29 03 53 45
www.hopital-ckiz.com