

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-679582

131.002

R.N
com

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11975

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENTALIB

NISRINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.16.12.38

Total des frais engagés :

2100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

HAKANI

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
05/05/2010	OS	1	200	INP : 0311-07-14 ARTHROSCOPE TRAUMATO-ORTHOPÉDIQUE DE LA MAIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17.10.1982	AMM+		10 Schulz		10 x 109
	24.10.1982					- 1800 M/S

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	INP : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 16-09-2022

Facture N° 05401/22

A. Identification

N° Dossier : VNC22I16132801

N° Identifiant : 011399/22

Nom & Prénom : Mme BENTALEB NIRINE

C.I.N : BE743050

Adresse : 18 RUE IBNOU KATIR MAARIF

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-09-2022

Date Sortie : 16-09-2022

Traitement :

Médecin traitant : DR . ZAOUARI TARIK

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

GIMES DA VINCI
Clinique de Vinci 2
709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 002334512000037

CLINIQUE DA VINCI

NOM DU PATIENT : Mme BENTALEB NISRINE
DATE DE NAISSANCE : 17/03/1981
VNC22I16132801



Reçu N°: 17735

Paiement du 16/09/2022 13h30

Actes	
Montant	300,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : LAGZOULI TOUIK Le 16/09/2022 13h30

CLINIQUE DA VINCI
709, Bd. MODIBO KEITA - Casablanca
ICE : 002334512000037
SERVICE CAISSE
PAYE EN ESPECES



AKDITAL

Clinique Da Vinci
 Clinique Da Vinci

GIMES DAVINCI
 Clinique de Vinci 2
 709, Bd Modibo Keita - Casablanca
 ICE : 002334512030037

Casablanca, le

15/09/22

Lya Benhabib Nisrine

Letter de remerciement

Dé. Instabili - de la cheville

↳ 10 story of

reduction progressive

de la cheville + physio-

DR ZAOUARI
Chirurgie de la Main
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
ARTHROSCOPIE
SÉJ - AVANTU / HASSINI
Désesoin - Physiothérapie
Tel. 0522 20 01 01 - 0667 19 29 24

DR ZAOUARI
Chirurgie de la Main
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
ARTHROSCOPIE

709, Bd. Modibo Keita, 20000 Casablanca
Tél. : 05 22 81 31 88 - Fax : 05 22 81 04 38
E-mail : reception.vinci@akdital-holding.ma
Site web : www.akdital.ma

*Selma LARAQUI HOUSSINI**

Kinésithérapeute Physiothérapeute

*Andalous 1 (15) Rue H M'Entrée sur
la Rue 3 N° 5 Casablanca*

Tel : 05.22.28.51.05

Gsm : 06.67.19.29.24



Casablanca

العراقي الحسيني سلمى*

اختصاصية في العلاج الطبيعي

والترويض الطبيعي

الأندلس 1 (15) زنقة H المدخل في

زنقة 3 رقم 5 الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.28.51.05

المحمول : 06.67.19.29.24

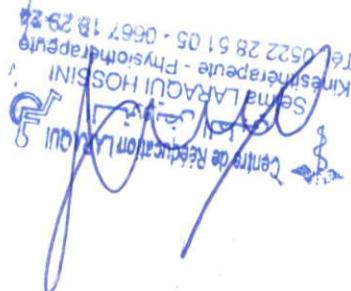
17/09/2022

Devis

Je soussigne Me Laraqui Houssini Selma que
Me bénie le B Nisrine. Ne besoie 10 séances de
rehabilitation d'une instabilité de la cheville droite
et une liaison de 180 Mls par séance.

$$\text{Total : } 10 \times 180 = 1800 \text{ Mls}$$

Arrête le présent devis à la somme de
Mille huit cent dirhams.



*Selma LARAQUI HOUSSINI**
Kinésithérapeute Physiothérapeute

**Andalous 1 (15) Rue H M'Entrée sur
la Rue 3 N° 5 Casablanca**
Tel : 05.22.28.51.05
Gsm : 06.67.19.29.24



العراقي الحسيني سلمى
اختصاصية في العلاج الطبيعي
والترويض الطبي
الأندلس ١ (١٥) زنقة H المدخل في
زنقة ٣ رقم ٥ الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.28.51.05
المحمول : 06.67.19.29.24



Casablanca

24 | 10 | 22

Factories

Je soussigné Me Laro qui Hosni Selma que
Me Bentaleb Nisrine a subit 10 secondes de
révolution d'une instabilité de la cheville droite
et cela à raison de 180 Ms par seconde
soit $180 - 1800 \text{ Ms}$

$$\text{Total} = 10 \times 180 = 1800 \text{ Mls.}$$

Madame Blaauw,
Ainsi je présente facture à
la poste de Melle Bunt Bent d'hommes.

161.0522 28 51 05 - 0657 19 23 21
Kurashikihepeuri - Hyosidherapeuri
SemalAPADU HOSSEINI ✓
Wentlede neeguegutun LARACI