

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2329

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABIBI Abdellkebir

Date de naissance : 17.08.1953

Adresse : 28 Lot. SALSA 1A Bd Abdellhadi BOUHALD  
(ex. hte. d'Nomour) CASABLANCA - ANFA

Tél. 0661522868 Total des frais engagés : 602,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur H.FEKAT  
Chirurgien urologue  
جراح الكلوي والمسالك البولية  
43, Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél. 0522 47 14 57 - Fax 0522 47 14 56

Date de consultation : 09.09.2022

Nom et prénom du malade : TOURABI Halima

Age : 59 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Tumeur

Rénales

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

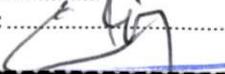
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA

Le : 13/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et constatation du paiement des Actes
13-09-2022	CS	100% CINQ ICP : 023	300,00	DOCTEUR H. FEK Anesthésiste Néurologue 13, AV. M. VERS Tel. 0322474747 Code INP : 912855158
13-09-2022	CPA	100% CINQ ICP : 023	300,00	DOCTEUR MOULAY L. Anesthésiste Néurologue Code INP : 912855158
				CHAMBRES D'ANESTHÉSIE 789 Bd M. VERS ICP : 023

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		



AKDITAL

Clinique Da Vinci  
مصحة دا فنشي

Casablanca, le 13/9/2022

HALIMA Toubabi :-

# Douche Betadine :- Serum.  
1 Douche Betadine - 100 ml  
1 Douche Betadine 4%

# Aforox cp 21 mg.  
Liquide en nulle  
Liquide en jn de Blw  
# Melilot 1/2 G bouteille

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

DOCTEUR MOULAY DRISS SENNA  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
Code INP: 911 28 520

# CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 13-09-2022

## Facture N° 05282/22

### A. Identification

N° Dossier : VNC22I13091409

N° Identifiant : 011301/22

**Nom & Prénom : Mme TOURABI HALIMA**

C.I.N : B597707

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-09-2022

Date Sortie : 13-09-2022

Médecin traitant : DR . FEKKAK HAMID

Traitement : CONSULTATION

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

TROIS CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

GIMES DAVINC1  
Clinique de Vinci 2  
709, Bd Modibo Keita - Casablanca  
ICE : 002334512000037

# CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 13-09-2022

## Facture N° 05280/22

### A. Identification

N° Dossier : VNC22I13103121

N° Identifiant : 011301/22

**Nom & Prénom : Mme TOURABI HALIMA**

C.I.N : B597707

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-09-2022

Date Sortie : 13-09-2022

Traitements :

Médecin traitant : DR . SENTISSI MOULAY DRISS

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CPA		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TROIS CENTS DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
signature de l'assuré						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
<b>300,00</b>						

