

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-505153

145601

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 5262			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : Mme NAFI NADIA			
Date de naissance : 02/03/1962			
Adresse : 6, Rue de Golo polo			
Tél. : 0661153558	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin : Dr Abderrahim RAFAOUI Professeur Agrégé Traumatologie - Orthopédie INPE : 091184341	
Date de consultation : 08/12/2022		Nom et prénom du malade : NAFI NADIA Age : 60 ans	
Lien de parenté : Fendue des fers		<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 pri connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à Casablanca  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/01/2023



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
08-12-2012		GROS Chaque de 30 minutes	109 Bd Nodille Kms 1000031 50	INPE : 11111111111111111111111111111111 Dr. Abderrahim RAJAOUI Professeur Agrégé Tramatologie - Orthopédie INPE : 091184341

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SEKAKAT en pharmacie M. 102 B 12-12-2011	06/12/2011	247,80

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b>  (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b>  (Coefficient)	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  												
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <input type="text"/>					25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
				25533412	21433552											
				00000000	00000000											
				00000000	00000000											
35533411	11433553															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></b> <b>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></b> <b>DATE DU DEVIS <input type="text"/></b> <b>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></b>																



AKDITAL

Clinique Da Vinci  
مصحة دا فنشي

Casablanca, le 08/12/2012

Mme Nadia  
Clinique DA VINCI  
709, Bd Modibo Keita - Casablanca  
ICE : 00234512000037

- Rx de l'épaule droit  
- face : R.N.  
- profil de la main  
- Rx thorax (face)

Pr. Abderrahim RAFAOUI  
Professeur Agrégé  
Traumatologie / Orthopédie  
INPE : 091184341



AKDITAL

Clinique Da Vinci  
مصحة دا فنشي

Casablanca, le..... 08/12/2022

Mr Naji Nadia



1)

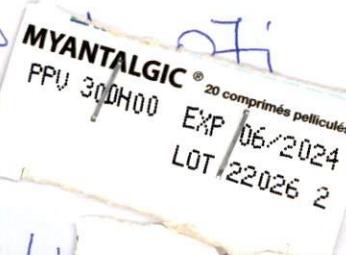
Arconia



Groupe Vinci  
Clinique Da Vinci  
109, Bd Modibo Keita - Casablanca  
ICE : 002334512800037

2) 35,00

Myantalgic



3) 79,80

Arnumatis



4)

Deds le



T 242,80 1 gel

# CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 08-12-2022

## Facture N° 07357/22

### A. Identification

N° Dossier : VNC22L08145809

N° Identifiant : 012822/22

**Nom & Prénom : Mme NAJI NADIA**

C.I.N : W45756

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-12-2022

Date Sortie : 08-12-2022

Traitement :

Médecin traitant : DR . RAFAOUI ABDERRAHIM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						<b>300,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
0,00						
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 DA VINCI  
Clinique de Vinci 2  
709, Bd Modibo Keita - Casablanca  
ICE : 002334512000037

# CLINIQUE DA VINCI

NOM DU PATIENT : Mme NAJI NADIA  
DATE DE NAISSANCE : 02/03/1962  
VNC22L08145809



Reçu N°: 19954

Paiement du 08/12/2022 15h31

Actes	
Montant	300,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : EL BAHJAQUI SARA Le 08/12/2022 15h31

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