

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9019

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : KADIRI OTTOMAR

ADDEKRA HAMID

Date de naissance : 21/11/71

Adresse : REPRESENTATION TANGER

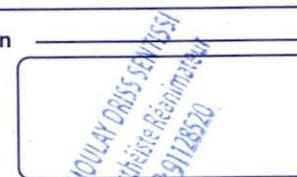
Tél. : 0668 1932 95

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/2013

Nom et prénom du malade : KADIRI OTTOMAR INES

Age : 19 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : intoxication

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 : 02/07/2013

Signature de l'adhérent[e] :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22-07-23 | CS | S.S. | | <i>[Handwritten signature over a blue circular stamp]</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>[Circular stamp: 2A, Bis Avenue Stendhal - Cité Plateau, Pharmacie CITE PLATEAU, 09/07/2023]</i> | 02-07-23 | 476,01 |
| | 21.07.2023 | 68.40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 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



AKDITAL

Clinique Da Vinci
مصحة دا فنتشي

CIMES DA VINCI
Clinique da Vinci 2
709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 022334512/20037

Casablanca, le 08/07/03

27,50

M - Wadi et Hamam Lines

27,2

1) 1000 m - 8-3



1000 x 2 SV

14,9

1)

1000 m - 10-3
1000 x 2 SV 14,81

26,90



1000 m - 10-3

PPV 140H00
PER 02/26
LOT M655



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



INPE
092019587

CIMES DA VINCI
Clinique da Vinci 2
709, Bd Modibo Keita - Casablanca
ICE : 022334512/20037

DATE : 02/07/2023

ORDRE D'ENCAISSEMENT PATIENT

Date d'admission : 02/07/2023

N° Dossier : VNC23G02004645

N° Identifiant : 016077/23

N° CIN : EG810850

Nom et Prénom : KADIRI OTTMANI INES

Motif d'admission : URGENCE

Demandeur : BAFRIJ Nada

Observation :

cs+perfusion+pharmacie+ami

Heure d'édition :

01:34

Montant à Encaisser 976,01

Visa Donneur d'ordre :

Visa Régisseur :

CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 02-07-2023

Facture N° 04273/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : VNC23G02004645 N° Identifiant : 016077/23

Nom & Prénom : Mme KADIRI OTTMANI INES

C.I.N : EG810850

Adresse : AMALIA HERDIA 4 P 03 D3 MALAGA ESPAGNE

C. Débiteur**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-07-2023

Date Sortie : 02-07-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : URGENCE

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|---|--------------|-------------|---------|------|------------------|--------|
| PHARMACIE INTERNE | | | | | | |
| 1 | PHARMACIE | | 76,01 | | | 76,01 |
| | | | | | Total Rubrique : | 76,01 |
| PRESTATIONS | | | | | | |
| 1 | CONSULTATION | | 500,00 | | | 500,00 |
| 1 | PERFUSION | | 200,00 | | | 200,00 |
| 1 | AMI | | 200,00 | | | 200,00 |
| | | | | | Total Rubrique : | 900,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de : | | | | | | |
| TOTAL GENERAL | | | | | | 976,01 |
| NEUF CENT SOIXANTE-SEIZE DIRHAMS UN CENTIMES | | | | | | |
| Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de : | | | | | | |

signature de l'assuré



CLINIQUE DA VINCI

Séjour : Du 02/07/2023 au 02/07/2023

Patient : Mme KADIRI OTTMANI INES

N° Dossier : VNC23G02004645

Organisme : PAYANT

| Désignation | Prix Unit | Quantité | Prix TTC |
|----------------------------------|-----------|----------|-----------------|
| ANDOL 1G INJ | 18,80 Dh | 1 | 18,80 Dh |
| CLOPRAME 10 MG INJECTA (10) | 1,39 Dh | 1 | 1,39 Dh |
| COMPRESS STRILE 7,5X7,5 PC DE 10 | 4,41 Dh | 1 | 4,41 Dh |
| GANT D'EXAMEN NITRILE | 1,17 Dh | 2 | 2,34 Dh |
| INTRANULE BLEU | 2,28 Dh | 2 | 4,56 Dh |
| PERFUSEUR AVEC ROBINET | 8,00 Dh | 1 | 8,00 Dh |
| SERINGUE 5 CC | 0,75 Dh | 1 | 0,75 Dh |
| SERUM G 5% 250ML POCHE | 21,00 Dh | 1 | 21,00 Dh |
| TAMPON ALCOOLISE | 1,00 Dh | 2 | 2,00 Dh |
| TEGADERM IV 6CM*7CM | 6,38 Dh | 2 | 12,76 Dh |
| | | | 76,01 Dh |





مركز النقديات

02/07/23 01:23:05

9900907792

99077901

CLINIQUE DE VINCI

CASABLANCA

Casablanca

A000000041010

APP : MASTERCARD

KADIRI OTTMANI ABDERRAHMA

532114*****8929

CARTE NATIONALE

01F75F015AFB125C

220-0-9999-1-55

MONTANT:

976.01 MAD

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION : 008706

STAN : 004960

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE COMMERCANT