

Nom du Médecin Traitant

Dr. Chavaux

Nom du Patient

LAMNACEUR YASMINA

N° d'Identification du Patient

Voir pli

Régime du Patient

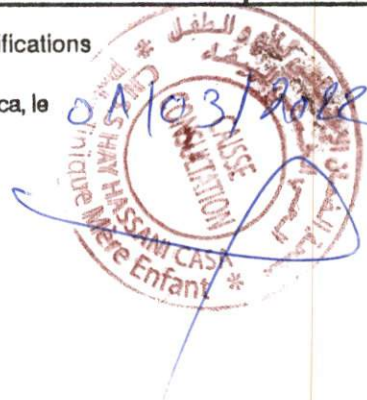
105486

| Durée Prévisible de l'hospitalisation | NOMBRE DE JOURS | P. U. | ESTIMATION |
|---------------------------------------|-----------------|-------|------------|
| Nature des prestations | COTATION | P. U. | ESTIMATION |
| - FORFAIT..... | | | |
| - ACTES MEDICAUX..... | | | |
| - ACTES CHIRURGICAUX..... | | | |
| - ANESTHESIE..... | | | |
| - SALLE D'OPERATION..... | | | |
| - SOINS INTENSIFS..... | | | |
| - EXAMENS..... | | | |
| - C A S..... | | | |
| ESTIMATION TOTALE | | | 5776,00 |

N.B. : Cette estimation n'est fournie qu'à titre indicatif et est susceptible de modifications

Casablanca, le

VOIR PLI CONFIDENTIEL CI-JOINT



Le 1 mars 2022

P. DERB GHALEF
RUE DE LA SECURITE SOCIALE QUARTIER DES HOPITAUX
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0006233_1958-11-29_ABDELAZIZ
N/REF : 20220600014252
Adhérent : LAMNAOUAR ABDELAZIZ

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de YASMINE LAMNAOUAR.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 5279.36 MAD
- Restant à charge adhérent : 620.64 MAD

Validité de prise en charge : du 01-03-2022 au 01-06-2022.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à YASMINE LAMNAOUAR.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

ok
Es