

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 canaux, 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 canaux.

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'Ho
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-494666

150425

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9399 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM

Date de naissance : 24/07/71

Adresse : N°27 LOT RIAD PARTNER, ROUTE D'AZZENOUR, DAR, BOU AZZA, USA

Tél. : 0661103669 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ben

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 169 Lef


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 : 0981 Le : 22/01/22

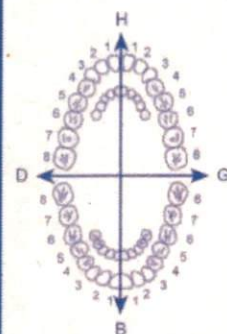
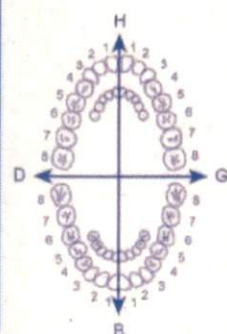
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le montant des Actes
12/11/2022	CS		500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/2022	440,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 12-11-2022

Facture N° 06805/22

A. Identification

N° Dossier : CLC22K12111010

N° Identifiant : 017572/22

Nom & Prénom : Mme BENNIS HIND

C.I.N : BK195899

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 12-11-2022

Date Sortie : 12-11-2022

Médecin traitant : DR. SLAOUI MOHAMED

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. SLAOUI MOHAMED (GASTROLOGUE)		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						500,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 500,00

CINQ CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE
LONGCHAMPS

NOM DU PATIENT : Mme BENNIS
HIND

DATE DE NAISSANCE :

08/04/1980

CLC22K12111010



Reçu N°: 28581

Paiement du 12/11/2022 11h20

Actes

Montant

500,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : BENKHEY YOUSSEF Le
12/11/2022 11h20

Adresse : 4, bd Ghandi, Casablanca 20250 - Tél. : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39

E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma - Site Web : www.cliniquelongchamps.ma IF : 20765943 - ICE : 001913765000051 - INPE : 090063264
RIB : 225780024607938651011642

Clinique Longchamps
4, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 05 22 94 89 39



1211-2

N: Berns

Clinique Longchamps
J4, Boulevard Général Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 94 17 17 - Fax: 0522 94 89 39

RC : 399369 / T.P. : 32960411
Tel : 05 22 29 08 29
Bat Bouaziz - Casablanca
Route d'Azemmour km 15
DE L'OCEAN BAY SARL
HAMMAMI LES JARDINS

$$\tau = 440 \text{ s}$$

79502 / 1st button NAR

PPV: 13 DH 70



CARBOSORB®
Transit

LOT:220527
PER:07\2025
PPC:79,50DH



CARBOSORB
Transit

LOT: 220527
PER: 07\2025
PPC: 79,50DH

METEDOSPASMYL® B 20 caps. m.
 Allevia il dolore in 30 secondi
 Distribuito per COOPER PHARMA
 41, rue Mohammed VI, Casablanca
 e 110001 100023

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Elouadi - Casablanca

6 118001 100237

1 mg
Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi Longchamps (A)
CASABLANCA
07 - Fax: 0522 94 89 30

39 39 (A) 39
Docteur Mohamed SLAOUL
Gastro - Entérologue
Clinique Longchamps
CASABLANCA

4, Bd. Ghandi, Casablanca 20250
Tél. : 05 22 97 94 94 - Fax: 05 22 94 89 39
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma
Site web : www.cliniquelongchamps.ma