

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.

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 : AFIAK HRI HICHAM

Date de naissance : 24/07/71

Adresse : N°27 LOT RIAD PARTNER, ROUTE D'AZZEDNOU, DAR BOUASSA, CASABLANCA

Tél. : 0661109669 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Berns 1

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent Enfant

Nature de la maladie : 160 de jct

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 14/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Le : 14/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LOCAZEL - Cassegrain</i>	<i>12/11/2022</i>	<i>€ = 440,80</i>

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE													
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	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												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	26533412	21433552										
	D	00000000	00000000										
	B	35533411	11433553										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

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

Traitemet : CONSULTATION

Médecin traitant : DR . SLAOUI MOHAMED

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

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS

Longchamps
Ghandi Longchamps
Casablanca
Tél. : 0522 94 89 39
Fax : 0522 94 89 39
A

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



AKDITAL

Clinique Longchamps
المصحة لونشون

12/11/2022

A - Bens

JB70

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 94 89 39 - Fax: 0522 94 89 39

ن - Reçus par



T = 440.56

79.50x2 / i bouteille NAST

PPV: 13 DH 70
0 mg
mgie

" CARBOSORB Transit

LOT: 220527
PER: 07/2025
PPC: 79.50DH



LOT: 220527
PER: 07/2025
PPC: 79.50DH



2 0 2

0 1

x 10)

40.40x2

" Reponse

200

IV Rebonim B6

10 le soir

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 Diouri - Casablanca

6 110001 100293

L M. SLAOUI
Dr. Mohamed SLAOUI
Docteur Mohamed SLAOUI
Gastro-entérologue
Clinique Longchamps

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 Diouri - Casablanca

Dr. Mohamed SLAOUI
Gastro-entérologue
Clinique Longchamps