

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie

N° M21- 062333

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3395 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 163109

Nom & Prénom : Bouafi EL HASSAN

Date de naissance : 09/07/61

Adresse : LAT. HIND N°9 CAS

Tel : 61150270 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Clinique Médico Chirurgicale Longchamps  
Dr KADY BOUCHAIB ANESTHÉSISTE  
Réanimateur  
INPE : 091023007

Date de consultation : 09/05/2023

Nom et prénom du malade : BOUAFI EL HASSAN Age : 62

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

Nature de la maladie : Consultation pré-anesthésique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31 MAI 2023

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 : Cas Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 Paiement des Actes
09/08/2023	CPA + ECG	100,00	100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

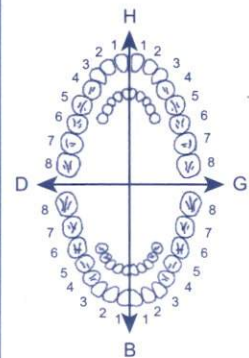
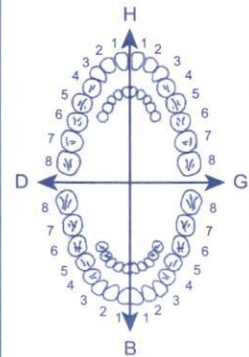
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



CASABLANCA Le : 09-05-2023

<b>Facture N° 02916/23</b>				<b>C. Débiteur</b> <span style="float:right">page 1/1</span>			
<b>A. Identification</b> N° Dossier : CLC23E09160335      N° Identifiant : 019649/23 <b>Nom &amp; Prénom : M. BOUAFI EL HASSAN</b> C.I.N : B420782 Adresse : CASA				<b>Organisme : Payant</b>  ICE :                      Adresse : <b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 09-05-2023 Date Sortie : 09-05-2023			
Médecin traitant : DR . KAIY BOUCHAIB				Traitement : CPA			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
<b>PRESTATIONS</b>							
1	CPA+ECG		400,00			400,00	
Total Rubrique :						<b>400,00</b>	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>400,00</b>	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 400,00</b>	

QUATRE CENTS DIRHAMS  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré  
*Clinique Longchamps*  
04, Boulevard Ghandi Longchamp  
CASABLANCA  
Tél: 0522 04 07 07 Fax: 0522 04 89 39

$$\begin{array}{lcl}
 \text{Region} & \begin{bmatrix} D \\ L \end{bmatrix} & \text{CHARTER (A)} \\
 \text{Liquids} & \begin{bmatrix} 1a \\ 1e \end{bmatrix} & 19 \begin{bmatrix} 21 + 13 \\ 18 \end{bmatrix}
 \end{array}$$

Nexted:  $\rightarrow$  A Minvit ~~FAU~~ STOPPER FAU



MAC600 1.02

ID :

aVR

V1

aVL

V2

aVF

V3

116-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

63 bpm

4-2

9-mai-2023 16:48:50

ID :

Rythme sinusal normal  
ECG normal

V4

Fréq. ventr. 63 bpm  
Durée QRS 102 ms  
QT/QTc 394/403 ms  
Intervalle PR 166 ms  
Durée P 120 ms  
Intervalle RR 952 ms  
Axes P-R-T 44 9 39

V5

V6

MAC600 1.02

12SL™ v239

MAC600 1.02

12SL™ v239