

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.

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



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

Déclaration de Maladie
M23-003847

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08666 Société : R.A.M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TABICH ABDERRAHIM
Date de naissance : 11/10/1971
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0673722401 Total des frais engagés : 1539,53 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 18/05/2023
Nom et prénom du malade : TABICH ABDERRAHIM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CROHN
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASA Le : 14/07/2023
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
18/05 2023 22/05/23	Voir facture ci joint		350,00 845,93	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05 2023	843,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

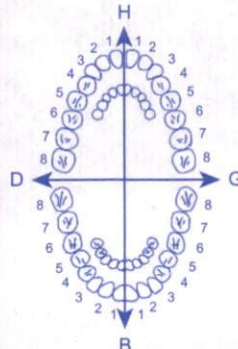
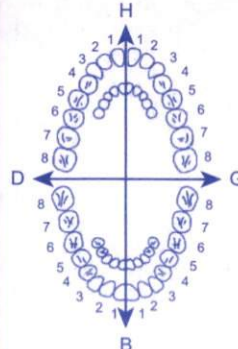
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le

18 MAI 2023

الدار البيضاء، في

pour l'ordonnance de traitement
 pour le patient M. EL KHALIL
 RENSEIGNEMENTS
 sur son état de santé
 et sur son traitement



Casablanca, le

18 MAI 2023

الدار البيضاء، في

 PPV: 49,60 DH
 LOT: 28A31
 EXP: 01/2026

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
 Boîte de 100
 AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
 PPV: 294,00 DH
 Distribué par Laboratoires
 SOTHEMA BOUSKOURA
 Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 27-05-2023

DR. SLAOUI Mohamed
Spécialité : GASTROLOGUE
N° Patente : 091130302
Identifiant fiscal : 42504632
ICE : 001746660000028

PATIENT : M. TABICH OMAR

HONORAIRES : 300,00 Dh
(TROIS CENTS DIRHAMS)

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS

Séjour : Du 27/05/2023 au 27/05/2023

Patient : M. TABICH OMAR

N° Dossier : CLC23E27085502

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
AIGUILLE G18 ROSE(BOITE DE100)	0,45 Dh	1	0,45 Dh
COMPRESS STRILE 5X5 pc de 5	3,00 Dh	1	3,00 Dh
INTRANULE G20 ROSE	2,28 Dh	1	2,28 Dh
METHYLPREDNISOLONE ISIO 40 MG	13,70 Dh	1	13,70 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	1	8,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	1	2,00 Dh
SERINGUE 20 CC	2,25 Dh	1	2,25 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	8,52 Dh	1	8,52 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM / 1623W	5,73 Dh	1	5,73 Dh
			45,93 Dh

Clinique Longchamps
24, Boulevard de la République
Tél: 0522 04 07 87 - Fax: 0522 04 07 88

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 27-05-2023

Facture N° 03429/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23E27085502

N° Identifiant : 005068/20

Nom & Prénom : M. TABICH OMAR

C.I.N : BK717714

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-05-2023

Date Sortie : 27-05-2023

Médecin traitant : DR. SLAOUI MOHAMED

Traitement : PERFUSION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
HOSPITALISATION						
1	HOPITAL DU JOUR		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		45,93			45,93
Total Rubrique :						45,93
PRESTATIONS						
1	PERFUSION		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. SLAOUI MOHAMED (GASTROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
						300,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						845,93

HUIT CENT QUARANTE-CINQ DIRHAMS QUATRE-VINGT-TREIZE CENTIMES

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

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		845,93 Dh	0,00 Dh

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشون

Casablanca Le27/05/2023

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

CLC23E27085502

M. TABICH OMAR
Né le : 06/10/2001

Mr, Mme a été admis (e) à
l'hôpital du jour pour perfusion de *R. emdina.. H. o. o. g. l.* sous
surveillance cardio respiratoire avec une bonne tolérance.

Clinique Longchamps
24, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 94 07 07 - Fax: 0522 94 89 39

Clinique Longchamps
24, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 94 07 07 - Fax: 0522 94 89 39