

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

Matricule : 1146

Société : *... / ...*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *SAHMI MOHAMED*

Date de naissance :

*1948*

Adresse : *HAY HOUNDA, Rue ESSALAM, APPT 4*

Tél. : *06 11 89 27 51* Total des frais engagés : *558,95* Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Flu*

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : *Be*

Le : *06.10.4.1.2021*

#### **RELEVE 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
21/3/2021	CS		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BLOCH Bd MONTAIGNE 31 - 0522 32 40 00</i>	25/03/21	5890

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

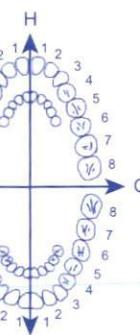
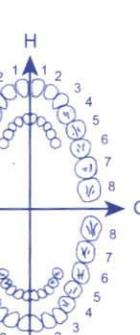
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

25/13/2021

Ou Huri - Rokha

2220

1) Le doliprane (P.)

1, Rx 3/2 (modèle)

2600

2) Aspirine (P.)

1/2 (P) le soir

8 - 5890

PHARMACIE JERRECHID  
Halima MARKKCHI PHARMACIENNE  
83 Bd Mohamed V Casablanca  
Tél : 05 22 32 40 68

I Bouyala gchamps

Clinique Médico Chirurgicale  
Dr. SOUTHE LIAO BIA  
Professeur en chirurgie Thoracique  
Tél : 05 22 04 07 55  
Fax : 05 22 32 40 68

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

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063284

CASABLANCA Le : 25-03-2021

## Facture N° 01621/21

### A. Identification

N° Dossier : CLC21C25131751

N° Identifiant : 008210/21

**Nom & Prénom : M. OUHMI MOHA**

C.I.N : B59029

Adresse : BERCHID

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-03-2021

Date Sortie : 25-03-2021

Médecin traitant : DR . BOUBIA SOUHEIL

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. BOUBIA SOUHEIL (PNEUMOLOGIE)		300,00			300,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

*CLINIQUE MEDICO  
CHIRURGICALE LONGCHAMPS  
Casablanca - Maroc*

# **CLINIQUE MEDICO- CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

**NOM DU PATIENT : M. OUHMI  
MOHA**

**DATE DE NAISSANCE :**

**01/01/1948**

**CLC21C25131751**



**Reçu N°: 13158**

**Paiement du 25/03/2021 13h19**

**Actes**

**Montant**

**300,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**