

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-645944

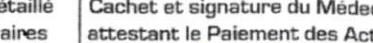
8259075899

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 42033		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHALED NABIL			
Date de naissance : 21/12/1973			
Adresse : 26 Rue Dr. Ben Abdellah - Quartier Ben Youssef			
Tél. : 0664166633		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° A-A-21-1/2010	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 13/12/2021 Nom et prénom du malade : KHALED NABIL Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : INFECTION A LA COVID 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) :  Le : 03 SEP. 2021			

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-645944
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
13.07	consultation		600	INP : 10511453155
20.07	consultation			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(Signature)</i> Service Radiologie Clinique Longchamp	13/07/81	TDH Thérapie	1750000.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VOLET ADHERENT

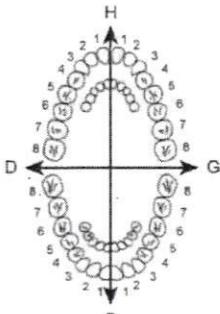
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H		H		
	D		G		
	00000000		00000000		
	25533412		21433552		
	00000000		00000000		
35533411		11433553			
B		B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					



# SOS Médecins Maroc

MEDECINS D'URGENCE

MULTI-SERVICES 24H/24



A: Carlyle Le: 13.07.2024

KHALID MABIL

- Conc 19%  
Destillation en  $O_2$  : 95%  
Vraiment faire un

TDT *theodaciga*

Service Radiologie  
Clinique Longchamp

A blue ink scribble or signature, appearing to be a stylized 'D', is written over a faint, illegible blue stamp that includes the letters 'DR' and 'M'.

**06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20**

44, Rue des Hôpitaux - CASABLANCA 20360 Maroc

## **Casablanca - Rabat - Marrakech - Agadir - Fes - Tanger**

email: [contact@sosmedecinsmaroc.ma](mailto:contact@sosmedecinsmaroc.ma) - [www.sosmedecinsmaroc.ma](http://www.sosmedecinsmaroc.ma)

**13/07/2021**

PATIENT : **KHALED NABILA**

### **TDM THORACIQUE**

**TECHNIQUE** : Acquisition spiralée millimétrique sans injection de produit de contraste.

**RESULTATS** :

Lésions en verre dépoli nodulaire ou en plage bilatérale à localisation surtout périphérique ou sous pleurale et à prédominance inférieure et postérieure.

Epaississements des septas avec aspect en Crazy Paving débutant par endroits.

Absence de condensation parenchymateuse constituée.

Absence de distorsion bronchique.

Pourcentage du poumon atteint : minime évalué en moyenne à moins de 10% (évaluation visuelle)

Absence d'épanchement pleural.

Absence d'épanchement médiastinal ou péricardique.

Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative.

**CONCLUSION** :

*Aspect TDM en faveur d'une pneumopathie interstitielle avec atteinte minime évaluée en moyenne à moins de 10% (évaluation visuelle).*

Merci de votre confiance.

**DR. AKDIM FATIMA**

Service Radiologie  
Clinique Longchamp

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien sécurisé suivant: [pacswebclc.ddns.net](http://pacswebclc.ddns.net) ( Login : HIS199972719765 Mot de passe : HIS9821 )

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 13-07-2021

## Facture N° 03891/21

### A. Identification

N° Dossier : CLC21G13130528

N° Identifiant : 009821/21

**Nom & Prénom : Mme KHALED NABILA**

C.I.N : BH415741

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-07-2021

Date Sortie : 13-07-2021

Traitements :

Médecin traitant : DR . GARDE GARDE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	RADIOLOGIE					
1	TDM THORACIQUE		1 700,00			1 700,00
					Total Rubrique :	1 700,00
	PARTIE CLINIQUE :					1 700,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					0,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		1 700,00

MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

### Cachet et Signature


  
**CLINIQUE MEDICO  
CHIRURGICALE LONGCHAMPS**  
 4, Boulevard Ghandi - Casablanca  
 Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 0522 94 89 31

# **CLINIQUE MEDICO- CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

**NOM DU PATIENT : Mme KHALED  
NABILA**

**DATE DE NAISSANCE :**

21/10/1978

**CLC21G13130528**



**Reçu N°: 15888**

**Paiement du 13/07/2021 13h07**

**Actes**

**Montant**

**1 700,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**