

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

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ique :

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

ducation :

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

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° M21- 0056342

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165 Société : ND: 103052

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMMED

Date de naissance : 10/08/1953

Adresse : 23 Ibn KATIR ARSAT LEXBIR n° 10

MAARIF CASABLANCA

Tél. : 0661439283 Total des frais engagés : 2401.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pr. J. R. A. HEIKEL

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 : Casablanca Le : 04 / 02 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/01/22	CS		500,00 100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghandi & Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 05 22 36 66 22
01
2822

281,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/01/22	B180	400,00
	17/01/22	B180	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/01/22	MOV FOR 20mg				720,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

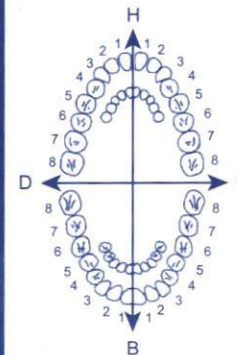
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

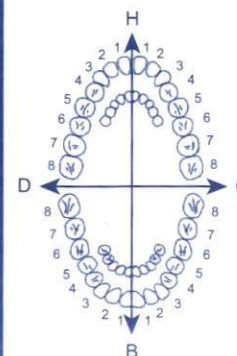
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique longchamps
مصحة لونشون

Batch No.: MOL21008
Mfg. Date: 30/08/2021
Exp. Date: 29/08/2022

PH : 720 DH 00

Casablanca, le 10.01.2021

PPV: 49,60 DH
Lot: 31116
EXP: 09/2024

CE N°: DA20201907416DMP/20UCA/MAV2
PPC : 94,00 DH
N° de lot: 20044 PER 12/2022

NOM/PRENOM : Dudghiri Mohamed Age : 88

1/ MOVFOR (MOLNUPIRAVIR) 200mg

4 gellules le matin entre 8h et 9h et 4 gellules à 20H ou 21H

2/ Vitamine C 1000mg cp ou équivalent

1 cp x 2/j pendant 2 semaines

3/ Zinaskin 45 mg cp ou équivalent

1 cp x 2/j pendant 2 semaines

4/ D Cure forte ampoule 100000 UI

1 ampoule en 1 prise à prendre de préférence dans un produit laitier

5/ SYMBIOSIS DEFENCIA 1 Stick par jour la matin pendant 7 jours

6/ ULTRALEVURE GELLULES : 2 gellules deux fois/j pendant 3 à 5 jours

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. 326,50 DH



6 118000 190936

ZINASKIN[®] 30 Comprimés effervescents

PPV 23DH30
EXP 08/2024
LOT 19025 1

alées : paracétamol (max 2g/j) si pas d'allergie connue

- Douleurs gastriques liées aux médicaments : oméprazole ou équivalent 20
- En cas de nausées : Vogalène sirop ou vomistop cp deux fois par jour
- Pour tout autre symptôme, contacter le médecin traitant (aucune consultation médicale ne se fera en ligne)
- Les Explications données au sujet de l'intérêt de ce médicament à la 1ère phase de la maladie et ses EI potentiels
- Mesures barrières et vaccination adaptée recommandées le cas échéant

Pr. Jaâfar HEIKEL, MD, PhD

Epidémiologiste

Spécialiste en Maladies Infectieuses

Pr. Jaâfar HEIKEL
Spécialiste en Maladies Infectieuses
Diplômé Universitaire en Gériatrie
ICE: 001636962000076

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

808 07 2021 07 2024
BIOCODEX MAROC
PRV 0510 DH

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 10-01-2022

Facture N° 00318/22

A. Identification

N° Dossier : CLC22A10174117

N° Identifiant : 013471/22

Nom & Prénom : M. OUDGHIRI MOHAMMED

C.I.N : C10158

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-01-2022

Date Sortie : 10-01-2022

Médecin traitant : DR. HEIKEL JAAFAR

Traitement : PHARMACIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		720,00			720,00
Total Rubrique :						720,00
PARTIE CLINIQUE :						720,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		720,00	

SEPT CENT VINGT DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE LONGCHAMPS
4, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 05 22 94 89 39

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 10-01-2022

Facture N° 00319/22

A. Identification

N° Dossier : CLC22A10161437

N° Identifiant : 013471/22

Nom & Prénom : M. OUDGHIRI MOHAMMED

C.I.N : C10158

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 10-01-2022

Date Sortie : 10-01-2022

Médecin traitant : DR. HEIKEL JAAFAR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
Total Rubrique :						100,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. HEIKEL JAAFAR (INTERNISTE)		500,00			500,00
Total Rubrique :						500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						600,00

SIX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS
4, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39