

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

- 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

N° W19-471718

124341

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12081 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RATBAW EL MANSOUR

Nom & Prénom : RATBAW EL MANSOUR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2022

Nom et prénom du malade : RATBAW EL MANSOUR

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

Nature de la maladie : Douleur de cheville

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 : Le : / /

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
27/07/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/22	148,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/07/22	Rx Cherelle	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

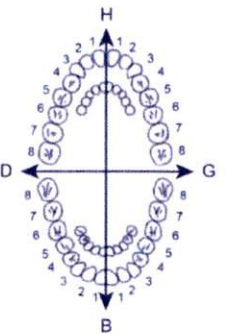
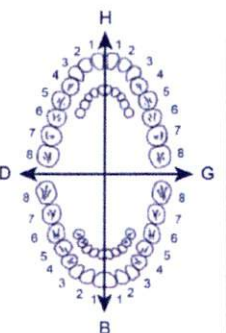
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



AKDITAL

Clinique Longchamps

مصحة لونشون

RATBAO EL MAHJOUB

Dr. Bouchaib KAIY
Anesthésiste - Réanimateur

Casablanca, le 27-7-22

7/ Voltarene 25
35.40 1 pl + 3/1 x 1 semaine

7/ oedemate 1/1 x 1 semaine
52.00

7/ Voltarene gel
60.00 1 pl + 3/1

448.20

Dr. Bouchaib KAIY
Anesthésiste - Réanimateur

LOT 210584
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

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

LOT: M0591
EXP: 11/2024
PPV: 60,00 DH

Occasionnels, en particulier lors de la prise d'une dose quotidienne élevée (1,5 g).

LOT: M20062
EXP: MAR 2023
PPV: 35,40 DH



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشون

Casablanca, le 27/7/22

RATBAOUI EL MAHJOUB

Rx cheville & Face.

Clinique Médico-Chirurgicale Longchamps
Dr. KAIY BOUCHAIB Anesthésiste
Réanimateur
INPE: 091063007

Service Radiologie
Clinique Longchamp



AKDITAL

Clinique longchamps
مصحة لونشون

• Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
• Echographie / Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

27/07/2022

PATIENT : **RATBAOUI EL MAHJOUB**

PRESCRIPTEUR: **KAIY BOUCHAIB**

RADIOGRAPHIE DE LA CHEVILLE GAUCHE
(INCIDENCE DE FACE)

RESULTATS :

- Pas de solution de continuité osseuse nettement individualisable.
- Bonne congruence du pilon tibial sans signe de luxation.
- Interlignes articulaires respectées.
- Absence de lésion osseuse focale.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

*Clinique Longchamp
Service Radiologie*

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 27-07-2022

Facture N° 04712/22

A. Identification

N° Dossier : CLC22G27130845

N° Identifiant : 016274/22

Nom & Prénom : M. RATBAOUI EL MAHJOUB

C.I.N : B749660

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-07-2022

Date Sortie : 27-07-2022

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	CHEVILLE DE FACE		200,00			200,00
Total Rubrique :						200,00
PARTIE CLINIQUE :						200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						200,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

Clinique Longchamp
4, Boulevard Ghandi Longchamp
CASABLANCA
Tel: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 04 89 39