

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 9675

Société : RMA

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SLM

FAY ELAC

Date de naissance : 01/02/1971

Adresse : 10 Rue AHMED KADDOUB

Télé. : 0661311314

Total des frais engagés : 637,68 + 1577,00 Dhs

Cachet du médecin

Date de consultation : 30 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : SALHI SALIMA

Lien de parenté : ACCU

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : douleurs

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 : USA

Le : 20/08/22

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICALS

Cache et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHARMACIE ROMANDIE ★ Robia ★	29/08/22					155.80

#### **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 : [ ]
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad G \\  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 29-08-2022

Facture N° 05266/22

page 1/1

**A. Identification**

N° Dossier : CLC22H29224219

N° Identifiant : 016649/22

**Nom & Prénom : Mme SALHI SALMA**

C.I.N : BE871712

Adresse : CASA

**C. Débiteur**

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 29-08-2022

Date Sortie : 29-08-2022

Traitement : CONSULTATION

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PHARMACIE INTERNE					37,68
1	PHARMACIE		37,68			37,68
						Total Rubrique :
						37,68
	PRESTATIONS					200,00
1	PERFUSION		200,00			200,00
1	CONSULTATION		400,00			400,00
						Total Rubrique :
						600,00
						637,68
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					
	Arrêté la présente facture à la somme de :					
						TOTAL GENERAL
						637,68

SIX CENT TRENTÉ-SEPT DIRHAMS SOIXANTE-HUIT CENTIMES  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

The stamp contains the text "Clinique Longchamps" and "Casablanca" along with a circular number "4".

**CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE  
LONGCHAMPS**

Séjour : Du 29/08/2022 au  
29/08/2022  
Patient : Mme SALHI SALMA  
N° Dossier : CLC22H29224219  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
INTRANULE G20 ROSE	4,00 Dh	1	4,00 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	9,15 Dh	1	9,15 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM / 1623W	5,73 Dh	1	5,73 Dh
			<b>37,68 Dh</b>

CLINIQUE Longchamps  
4, Boulevard Grand Longchamps  
Casablanca 20200  
Tunisie  
022 89 39 39  
A



AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le 28/8/22

1<sup>me</sup>

SARIA

SARIA

21,50

21 Difalge Sol  
gel + 815.

21,50

PPV 3DH50  
PER 6/24  
LOT L1944

21 Brufen 88  
gel + 245

35,30

93,00

31

Map 300

MP790 1024  
LOT PER  
Prix 99,00

155,80

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

Dr. KAY Bouchaib Anesthésiste  
Réanimateur  
NPE 0910222222  
Clinique Médico Chirurgicale Longchamps

