

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-725651

127555

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9675 Société : MM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SALHI FAYAL

Date de naissance : 09/02/1971

Adresse : 70 Rue ANNE KADIMI

Tél. : 066311349 Total des frais engagés : 637,60 + 1570 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/08/2023

Nom et prénom du malade : SALHI SALHA

Age : 52 ans

Lien de parenté : ☒ 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 : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

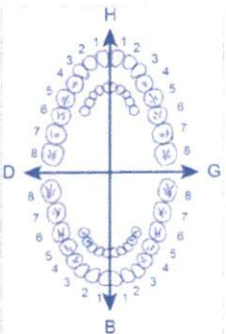
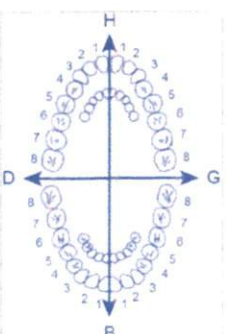


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/01/22	Soins		637,60	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/01/22					155,80

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 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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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														

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 29-08-2022

Facture N° 05266/22				C. Débiteur <span>page 1/1</span>			
<b>A. Identification</b> N° Dossier : CLC22H29224219 <b>Nom &amp; Prénom : Mme SALHI SALMA</b> C.I.N : BE871712 Adresse : CASA				N° Identifiant : 016649/22			
				Organisme : Payant			
				ICE : Adresse :			
				<b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 29-08-2022 Date Sortie : 29-08-2022			
Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR				Traitement : CONSULTATION			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
<b>PHARMACIE INTERNE</b>							
1	PHARMACIE		37,68			37,68	
Total Rubrique :						37,68	
<b>PRESTATIONS</b>							
1	PERFUSION		200,00			200,00	
1	CONSULTATION		400,00			400,00	
Total Rubrique :						600,00	
						637,68	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						0,00	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>							
TOTAL GENERAL						637,68	

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

signature de l'assuré

*(Handwritten signature)*  
Clinique Longchamps  
M, Boulevard Ghandi, Casablanca  
Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 05 22 94 89 39  
CASA 20250

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
			37,68 Dh

CLINIQUE Longchamps  
4, Boulevard Chandi Longchamps  
CASABLANCA  
Tél : 0522 84 89 39  
07 55 00 00 00





AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le

28/8/22

Mr SALHA SALH

2150

1/ Lipalgine gel  
1 gel x 315

PPV 1DH50  
PER 6/24  
LOT L1944

21,50

2/ Brufen 100mg g  
1 g x 245

35,30

99,00

3/ Map 300 - g

MB790 1024

LOT PER

Prix 99,00

15580