

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059087

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3666 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TABICH ABDERRAHIM

Date de naissance : 11/10/1971

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0673 72 2601 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : TABICH OYAR Age :

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

Nature de la maladie : CROU

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 : CAJA Le : 09/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



# 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
03/12/22	Remplissage		3000,00	
			3000,00	
			844,76	

Clinique Longchamp  
4, Boulevard Chandi Longchamp  
CASABLANCA  
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 04 89 33

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.12.22	360,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

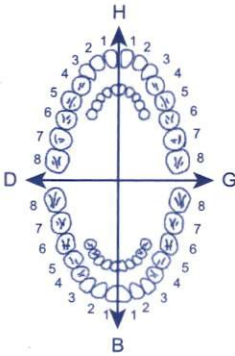
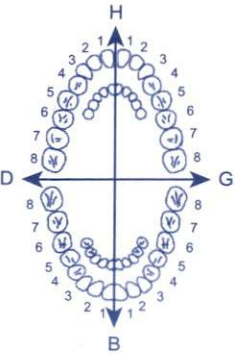
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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											
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Casablanca, le .....

01 DEC. 2022

IMUREL 50 mg comprimé pelliculé

IMUREL 50 mg comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 463/17 DMP / 21 / NRQ  
PPV: 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN



6 118001 071456

294,00

IMUREL 50 mg comprimé pelliculé



66,80 21/1 le 20/11 x 3

IMUREL 50 mg comprimé pelliculé



20/11 x 10

360,80

PHARMACIE ANNASR  
HIND ANNASR  
Docteur en Pharmacie  
ASSALAM 113 111 111  
Tél: 022 23 78 83 - Fax: 022 23 78 83

82, Zénace Soumima, زاوية شارع عبد المومن • الطابق الثاني, عمارة « فيات - جيب », حي النخيل • الدار البيضاء, المغرب

82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen • 2<sup>ème</sup> étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers • Casablanca, Maroc

Tél.: 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 • Tél. Fax: 05 22 25 99 87 • Urgence: slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps

Arrêt TRAM: Ligne 1 WAFASALAF محطة طرامواي وفا سلف عبد المومن



01 DEC. 2022

الدار البيضاء، في

*[Signature]*

per me prof. de Revisio: kony

et school way not copy

per migliore ordine-esperto

32, rue de la République  
F-93000 St. Denis  
Tél : 01 42 23 76 13 - Fax : 01 42 23 75 97  
E-mail : [stlaouimed.doc@gmail.com](mailto:stlaouimed.doc@gmail.com)





Casablanca, le 01.12.2022. في الدار البيضاء،

MR TABICH OMAR

NOTE STOMACALE

1/2 Consultation spécialisée 300dh

R 20 Rectoscopie 300dh

TOTAL

600dh

4 Six Ceutahs

DOCTEUR MOHAMED SLAOU  
Spécialiste Hépatologie - Gastro - Entérologie



Casablanca, le

01/12/2022

الدار البيضاء، في

## Examen Protologique

**ABICH Omar**

### Indication

CROHN SOUS REMSIMA

FISSURATION ANALE SPECIFIQUE

### Examen

**INSPECTION:** Fissure anale polaire antérieure, large, sui suinte de secretuions jaunatres, non douloureuse

**TOUCHER ANO-RECTAL:** Le TR n'est pas douloureux, il est pratiqué avec un gel de xylocaine, on ne retrouve pas d'hypertonie sphincterienne

**ANUSCOPIE:** Fissure polaire antérieure, surmontée d'une papille hypertrophiée et d'un ectropion muqueux

### Conclusion

FISSURE ANALE ANTEERIEURE SPECIFIQUE SURINFECTEE

Docteur Mohamed Slaoui  
Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie  
37, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen - 2<sup>ème</sup> étage, immeuble d'at - Jeeps quartier Palmiers - Casablanca, Maroc  
Tél : 05 22 25 78 83 | 06 98 97 17 18 | Fax : 05 22 25 99 87 | Urgence : slaoumeddoct@gmail.com | Clinique : cinq champs  
Anet IRAM - Dine ELWALIDJAI - 05 22 25 78 83

## **CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

NOTE D'HONORAIRE

Date d'entrée: 03-12-2022

DR. SLAOUI Mohamed  
Spécialité : GASTROLOGUE  
N° Patente :  
Identifiant fiscal : 42504632  
ICE : 001746660000028

PATIENT : M. TABICH OMAR

HONORAIRES : 300,00 Dh  
(TROIS CENTS DIRHAMS )

## CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 03-12-2022

Facture N° 07252/22				page 1/1			
<b>A. Identification</b> N° Dossier : CLC22L03090239 Nom & Prénom : M. TABICH OMAR C.I.N : BK717714 Adresse : CASA N° Identifiant : 005068/20				<b>C. Débiteur</b> Organisme : Payant ICE :                      Adresse : N° d'affiliation : N° d'immatriculation : N° Prise en charge : <b>D. Période d'Hospitalisation</b> Date Entrée : 03-12-2022 Date Sortie : 03-12-2022			
<b>B. Assuré</b> Lien avec l'assuré : Lui même Nom prénom :				Traitement : PERFUSION			
Médecin traitant : DR. SLAOUI MOHAMED							
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
<b>HOSPITALISATION</b>							
1	HOPITAL DU JOUR		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
<b>PHARMACIE INTERNE</b>							
1	PHARMACIE		44,76			44,76	
Total Rubrique :						44,76	
<b>PRESTATIONS</b>							
1	PERFUSION		200,00			200,00	
Total Rubrique :						200,00	
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>							
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>							
1	DR. SLAOUI MOHAMED (GASTROLOGUE)		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>							
Arrêté la présente facture à la somme de :						300,00	
HUIT CENT QUARANTE-QUATRE DIRHAMS SOIXANTE-SEIZE CENTIMES							
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :							
<b>TOTAL GENERAL</b>						844,76	
signature de l'assuré							
Modarité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde				
ESPECE		844,76 Dh	0,00 Dh				

Clinique Longchamps  
4, Boulevard Ghandi Longchamps  
CASABLANCA  
Tél: 0522 04 07 07 • Fax: 0522 04 89 35





AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca Le03/12/2022

## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION



Mr, Mme .. M. TABICH OMAR ..... a été admis (e) à  
Né le : 06/10/2001  
l'hôpital du jour pour perfusion de Remsimbo Long (4 Amp) sous  
surveillance cardio respiratoire avec une bonne tolérance.

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

## CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS

### BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER	CLC22L03090239
NOM DU PATIENT	M. TABICH OMAR
MÉDECIN TRAITANT	SLAOUI MOHAMED
PRISE EN CHARGE	PAYANT MUPRAS
DATE D'ENTREE	03/12/2022
DATE DE SORTIE	03/12/2022
MODE DE SORTIE	normal

*Clinique Longchamp*  
4, Boulevard Ghandi Longchamp.  
CASABLANCA  
T: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 04 89 35