

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

M22- 0008853

Optique Autres

144916

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12440 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boubaker S. Me. H. A. A. 14-12-17

Date de naissance : 5/12/15

Adresse : A.

Tél. : 06 78 78 56 94 Total des frais engagés : 600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2023 Nom et prénom du malade : Boubaker Me. H. A. 13 JAN 2023 Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : es pré- Anesthésique

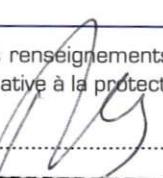
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 5/01/23

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et des Soignants Pariant des Actes
05/01	es p/c			<i>Clinique Longchamps Avenue Ghandi Longchamps 100 Boulevard CAS BLANCA Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39</i>
20/23	Anesthésie			<i>Clinique Medico Chirurgicale Longchamps Dr. KAY Bouachaïb Anesthésiste Réanimateur INP : 091083097</i>
	ECT			

EXECUTION DES ORDRES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Dr. KAY Bouachaïb Réanimateur INP : 091083097

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A vertical axis labeled H is at the top, and a horizontal axis labeled D to the left and G to the right. A point B is at the				

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 05-01-2023

Facture N° 00111/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CLC23A05111847 N° Identifiant : 017798/22

Nom & Prénom : M. BOUZIDOUNE MOHAMMED

C.I.N : B178583

Adresse : RES ATTADAMOUNE RUE 2 NR 76 OULFA CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-01-2023

Date Sortie : 05-01-2023

Médecin traitant : DR . KAIY BOUCHAIB

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	ECG		100,00			100,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. KAIY BOUCHAIB (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
400,00						

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
4, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA A
Tél: 0522 94 07 07 Fax: 0522 94 89 39

05.01.2023 11:51:24

60 /min

- / - mmHg

Localité:
Chambre:
Numéro d'ordre:
Indication:
Médicament 1:
Médicament 2:
Médicament 3:

Utilisat.
Méd. requérant:
Méd. référent:
Méd. soignant:

QRS 88 ms
QT / QTc Baz 390 / 390 ms
PQ 176 ms
P 52 ms
RR/PP 996 / 1000 ms
P/QRS/T 37 / 139 / 153 degrés

Rythme sinusal normal
Hémbloc postérieur gauche
Infarctus inférieur , âge indéterminé
ECG anormal

