

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-784970

151442

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1397	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KSMI DP TAHE
Nom & Prénom : Hme Nouria KSMI DP TAHE			
Date de naissance : 15.04.51			
Adresse : 83 Rue Moussa Ben Naceur CNRA			
Télé. :	0661623107	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	27/01/2023	Age:	52
Nom et prénom du malade :	Ksiria Ben Naceur	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Douleur thoracique		
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 :	01 MAR. 2023	Le :	/ /
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 attestant le Paiement des Actes
27/11/83	UOIS 3 actes.		161,76	DR. BOURGEOIS Bouygues CASSAIS L'OFFICE DE LA SANTE INPE, ORTHOLOGIC Reconnaitre Medecin dentiste longchamp Paris Signature attestant le paiement des honoraires du 27/11/83 à la date de l'acte de 161,76 francs

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		DR. BOURGEOIS CASSAIS L'OFFICE DE LA SANTE INPE, ORTHOLOGIC Reconnaitre Medecin dentiste longchamp Paris Signature attestant le paiement des honoraires du 27/11/83 à la date de l'acte de 161,76 francs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

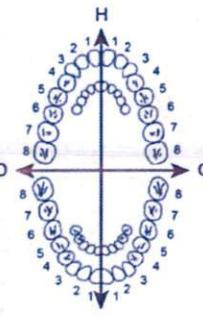
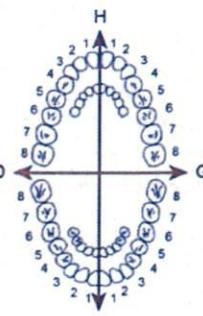
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : []
				
				
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000
				D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553
				B
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشamps

Casablanca, le 24/01/2023

Najla Ksimi

- troponine
- TSH us - T₄ - T₃
-



CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 27-01-2023

Facture N° 00559/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23A27005258

N° Identifiant : 018468/23

Nom & Prénom : Mme KSIMI NAJIA

C.I.N : B404410

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 27-01-2023

Date Sortie : 27-01-2023

Traitement : CONSULTATION

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		61,76			61,76
Total Rubrique :						
PRESTATIONS						
1	INJECTION		100,00			100,00
1	CONSULTATION + ECG		600,00			600,00
Total Rubrique :						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
761,76						

SEPT CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS SOIXANTE-SEIZE CENTIMES

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

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39

**CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE
LONGCHAMPS**

Séjour : Du 27/01/2023 au
27/01/2023
Patient : Mme KSIMI NAJIA
N° Dossier : CLC23A27005258
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
COMPRESS STRILE 5X5 pc de 5	3,00 Dh	3	9,00 Dh
ELECTRODE ECG AUTOCOLLANTE	1,17 Dh	6	7,02 Dh
INTRANULE G20 ROSE	2,28 Dh	1	2,28 Dh
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJECTA	7,87 Dh	1	7,87 Dh
NICARDIPINE 10MG/10ML INJECTA (10)	9,61 Dh	1	9,61 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	3	6,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE	8,52 Dh	1	8,52 Dh
TEGADERM IV 6CM*7CM / 1623W	5,73 Dh	2	11,46 Dh
			61,76 Dh

Longchamps
Casablanca
Tél: 0522 94 07 07 - Fax: 0522 94 89 36