

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-784970

151442

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1397 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : KSIM, Ep TAHAR

Nom & Prénom : Huse Najia

Date de naissance : 15.04.51

Adresse : 83 Rue Moussa Ben Noucin CNRA

Tél. : 0661623101 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A. 215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2023

Nom et prénom du malade : KSIM, Ep TAHAR Age : 71

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

Nature de la maladie : Douleur thoracique

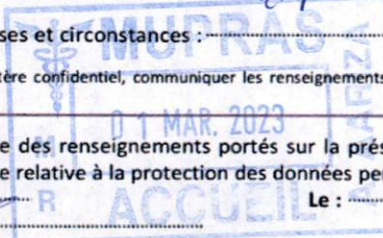
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



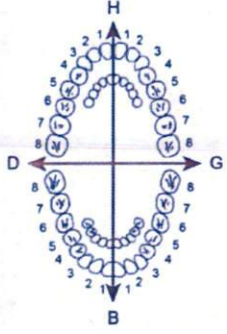
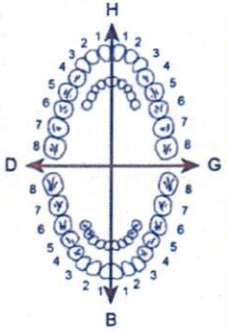


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/01/83	Soins		161,76	
	Soins			

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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 Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca, le 24/01/2022

Najia Ksimi

- tropine

- TSH as  $T_4 - T_3$

*(Faint handwritten notes visible through the paper)*

# 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

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		61,76			61,76
Total Rubrique :						61,76
<b>PRESTATIONS</b>						
1	INJECTION		100,00			100,00
1	CONSULTATION + ECG		600,00			600,00
Total Rubrique :						700,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						761,76
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b> 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  
04, Boulevard Ghandi Longchamps  
CASABLANCA  
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 05 22 94 89 39

Adresse : 4,Bd Ghandi, Casablanca 20250 - Tél. : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39

E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma - Site Web : www.cliniquelongchamps.ma IF : 20765943 - ICE : 001913765000051 - INPE : 090063264  
RIB : 225780024607938651011642



# 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
			<b>61,76 Dh</b>

CLINIQUE Longchamps  
14, Boulevard Ghanli Longchamps  
CABULANCA  
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 35