

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

## 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
11/09	V	2	350 Frs	Rue Sennarigues 15 Tél: 0522 91 89 39 Signature
20/09	Vari. fiziot.	1	912 Frs	
16/09	Géot.			
20/09				

## **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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B	00000000   00000000 35533411   11433553		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**



Casablanca, le ..... 15 SEP. 2023 ..... الدار البيضاء، في

أمي لـ دايفلر  $\Rightarrow$  توصيات من

بعضها  $\Rightarrow$

\* Examen moyen

\* Reviens moyen: history des malades

Le Sauvage en autres



AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

Casablanca Le 6/09/2023

## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Mr, Mme a été admis (e) Mr Bich S. l'hôpital du jour pour perfusion de Methylprednisolone 40g sous surveillance cardio respiratoire avec une bonne tolérance.

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

# **CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

## **NOTE D'HONORAIRE**

Date d'entrée: 16-09-2023

**DR. SLAOUI Mohamed**  
Spécialité : GASTROLOGUE  
N° Patente : 091130302  
Identifiant fiscal : 42504632  
ICE : 001746660000028

**PATIENT :** M. TABICH OMAR

**HONORAIRES :** 300,00 Dh  
(TROIS CENTS DIRHAMS )

# CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 16-09-2023

page 1/1

## Facture N° 06402/23

### A. Identification

N° Dossier : CLC23I16093714

N° Identifiant : 005068/20

**Nom & Prénom : M. TABICH OMAR**

C.I.N : BK717714

Adresse : CASA

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . SLAOUI MOHAMED

### C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-09-2023

Date Sortie : 16-09-2023

Traitements : PERFUSION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>HOSPITALISATION</b>						
1	HOPITAL DU JOUR		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		118,80			118,80
Total Rubrique :						
<b>PRESTATIONS</b>						
1	PERFUSION		200,00			200,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. SLAOUI MOHAMED (GASTROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
918,80						

NEUF CENT DIX-HUIT DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

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

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		918,80 Dh	0,00 Dh

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

# **CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

## **BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

**N° DE DOSSIER** CLC23I16093714

**NOM DU PATIENT** M. TABICH OMAR

**MÉDECIN TRAITANT** SLAOUI MOHAMED

**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS

**DATE D'ENTREE** 16/09/2023

**DATE DE SORTIE** 16/09/2023

**MODE DE SORTIE** normal

Clinique Longchamps  
34, Boulevard Saint Longchamps  
Casablanca  
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39

# **CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS**

Séjour : Du 16/09/2023 au  
16/09/2023  
Patient : M. TABICH OMAR  
N° Dossier : CLC23I16093714  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
GANT NITRIL JETABLE M	2,00 Dh	40	80,00 Dh
METHYLPREDNISOLONE ISIO 40 MG	13,70 Dh	1	13,70 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	1	8,00 Dh
SERINGUE 10 CC	2,00 Dh	2	4,00 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE	13,10 Dh	1	13,10 Dh
			<b>118,80 Dh</b>

Clinique Longchamps  
34, Boulevard Grand Longchamp  
CASABLANCA  
Tél: 0522 407 07 Fax: 0522 94 89 39  
A