

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

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3395

Matricule : 3395 Société : RAT 187893

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUAFI EL HASANE

Date de naissance : 09/27/61

Adresse : 61 HIND AIN

Tél. 0661150270 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : BOUMELAL Age : 49

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

Nature de la maladie : Pathologie Thoracique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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

Le : 19/12/2023

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
12/223	C8 + E66		609,0211	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/12/2023

18170

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

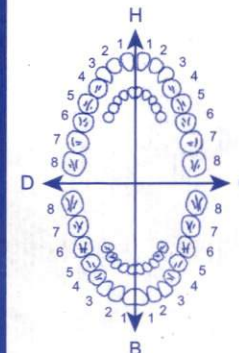
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

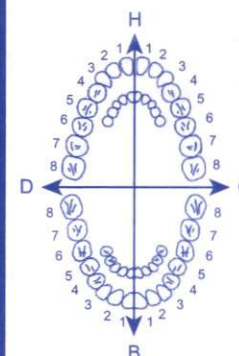
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

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 لونشون

Casablanca, le

11/12/2023

Dr. Bouchaib KARY
Anesthésiste-Réanimateur

M. Ben MKADDEN NARIEN.

63,20
(1) Streng



1 cp

le soir

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00
N° 113409.

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

118,10
(2) Ixer



20

1

1 cp 15

(p 145)

IXOR 20 mg 20 comprimés effervescents
PPV 118DH50 EXP 06/2025
LOT 35026 5

Lot : 3704
Mfg : 12 2022
EXP : 12 2025
BIODUREX MAROC PPV : 63,20 DH

Dr. Bouchaib KARY
Anesthésiste-Réanimateur

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 11-12-2023

Facture N° 08760/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23L11184543

N° Identifiant : 022632/23

Nom & Prénom : Mme BENMKADDEM MARIEM

C.I.N : T144772

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-12-2023

Date Sortie : 11-12-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
1	ECG		200,00			200,00
Total Rubrique :						600,00
PARTIE CLINIQUE :						600,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 600,00

SIX CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
4, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél : 05 22 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

ID :

Rythme sinusal normal
ECG normal

Fréq. ventr. 65 bpm
Durée QRS 72 ms
QT/QTc 388/403 ms
Intervalle PR 118 ms
Durée P 80 ms
Intervalle RR 923 ms
Axes P-R-T 27 29 26

MAC600 1.02

12SL™ v239

MAC600 1.02

12SL™ v239

GE

MAC600 1.02

ID :

11-déc-2023 19:05:49

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

aVF

V3

V6

0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

50Hz

65 bpm

4x2,5s

0

