

# 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.

M23-0024372

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **08666** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TABICH ABDERRAHIM**

Date de naissance : **11/10/1921**

Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **0673722401**

Total des frais engagés : **1476,91** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/03/2024**

Nom et prénom du malade : **TABICH OMAR** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **CAJA**

Le : **08/04/2024**

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
14/03/26	consultation	1/2	0,3700	Signature et cachet du Médecin
19/03/26	consultation	1/2	0,3700	Signature et cachet du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme MAHROUCH Laïla - D ADMIRAL DE OUED B.P. 2003 TÉL. 03 83 90 53 03 CPT. BOURGEOIS	14 03 2024	275,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	Determination du coefficient masticatoire	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 11433553 B		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le ١٤١٣ / ٢٥ / ٢٤ الدار البيضاء، في

MERCI D'ADMETTRE Mr TABICH OMAR

POUR UNE PERfusion DE SOLUMEDROL 60 MG PRECEDANT DE 30MINUTES LA  
PERfusion DE REMSIMA 400 SUR 2HEURES AVEC SURVEILLANCE DE L'ETAT  
CARDIORESPIRATOIRE

A LA CLINIQUE LONGCHAMPS/

1-4 Bd GHANDI, CASABLANCA 20250 Tel 05222040707

MERCI DE VOUS PRESENTER

ACCOMPAGNE

VOTRE SORTIE AURA LIEU LE JOUR MEME, SAUF COMPLICATIONS.



**CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS****NOTE D'HONORAIRE**

Date d'entrée: 19-03-2024

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 : 19-03-2024

## Facture N° 02405/24

### A. Identification

N° Dossier : CLC24C19090058

N° Identifiant : 005068/20

**Nom & Prénom : M. TABICH OMAR**

C.I.N : BK717714

Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 19-03-2024

Date Sortie : 19-03-2024

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . SLAOUI MOHAMED

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		51,95			51,95
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>
						<b>851,95</b>

HUIT CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-QUINZE CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		851,95 Dh	0,00 Dh

*Clinique Longchamps  
 34, Boulevard Ghandi Longchamps  
 CASABLANCA  
 Tél: 0522 01 07 07 - Fax: 0522 01 00 00*