

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7063	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KARIANI SOUAD			
Date de naissance : 28-10-1960			
Adresse : Mr, Mr Henri Noreen Apt 3 Val Fleuri			
Tél. : 0661060766	Total des frais engagés :		
			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 3-10-19			
Nom et prénom du malade : Kariani Souad Age : 58			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan	
Nature de la maladie :			
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'adjudication conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Casablanca	Le : 3/10/19		
Signature de l'adhérent(e) : Kariani S			

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
03/01/19	C		(Bk)	INFO 974M 18/6/19 HELASOL 1440 - CAS

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Demandé Télé	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

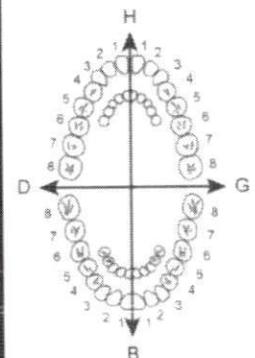
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>TAXI-EDDINE EX-BERNE</i> tél. 05 22 20 14 40	15/01/2015	<i>CLINIQUE LA SOURCE</i> 1 Rue Tante Lanca	<i>20000 Dh</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

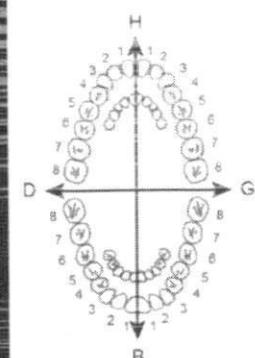
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



ODF



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

100

MONTANTS DES SOINS

1

DEBUT
D'EXECUTION

1

FIN
DE EXECUTION

1

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

1

MONTANTS DES SOINS

1

DATE DU
DEVIS

1

DATE DE
L'EXECUTION

1



Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues

أستاذ مزيان المهدى
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

03/10/2019

Mme KARIANI Souad

Casablanca, le :

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie تفتيت الحصى

Rx ASP

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع
الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien - Urologue /
CLINIQUE LA SOURCE
TEL: 05 22 29 11 44 - 5555

CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P



14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)
Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca
Tél. : 05 22 20 14 40 /41 - Fax : 05 22 20 13 99
RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42/43
www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma

14. زنقة تaki الدين (برن سابقا)
حي المستشفى 20000 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 20 13 99 - فاكس : 05 22 20 14 40/41
موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42/43
الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma

F A C T U R E

N° : **4899 / 2019** du **03/10/2019**

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr KARIANI SOUAD	PAYANT	03/10/19	03/10/19
<hr/>			

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
RADIO ASP ...		1.00	200.00	200.00
			Sous/Total	200.00
Total clinique				200.00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	200.00
DEUX CENTS DIRHAMS		

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde

CLINIQUE LA SOURCE
 14, Rue TAKI-EDDINE (Ex Berne)
 Casablanca - Tél. : 05 22 20 14 40



الفحص بالأشعة - مصحة المطبع RADIOLOGIE CLINIQUE LA SOURCE

- SCANNER SPIRALE 16 B : UROSCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, ABDOMINAL, PELVIEN, THORAX, CRANE, OSTEO-ARTICULAIRE, ORL.
- ECHOGRAPHIE AVEC DOPPLER COULEUR, - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE.

Casablanca, le 3. 10. 2019

Nom & Prénom : KARIANI SOUAD

Examen demandé par : Dr NEZIANE

Nature de l'examen : AS P face

Sonde)) en place du côté droit
Présence d'un opacité claire contenant
en projection de l'aine rénal dt,
la plus lumineuse mesure 20 mm de d
Opacité claire, millimétrique au contact
de la sonde)) à hauteur du segment
pelvien.
Une opacité claire régulière
inférieure gauche, de type corailiforme

Dr. ABDALLAH SOUHAIL
Radiologue
Clinique La Source
14, Rue Taki-Eddine Qu. Des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 20 14 40