

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOU ALA Bouchaib

Date de naissance : 1938

Adresse : HAZOUR FAZ 15102-27

Tél. : 06 41 39 24 73 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : BENOU ALA Bouchaib Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Urologie

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 : CASABLANCA

Le : 12/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : ALA Bouchaib

### 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
12/09/19			300	DR. U. BLODGETT

### 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

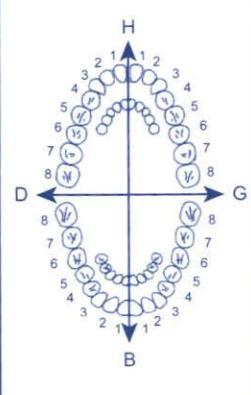
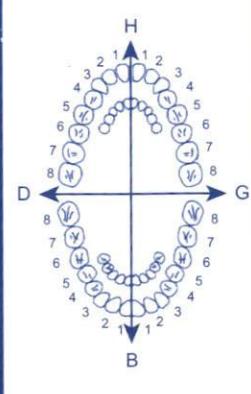
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DR. U. BLODGETT	12/09/19	SONDE				300

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux									
													
													
<h4>DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</h4> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
				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



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 والتباينية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 18/09/11

جراحة المسالك البولية والتباينية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

جراحة 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

MC. Benyamin Bouchair

Son d'agl Vh'ah





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 والتتناسلية

ORDONNANCE

12/09/2019

Casablanca, le :

**Mr. BENOUALA BOUCHAIB**

جراحة المسالك البولية والتتناسلية  
 UROLOGIE

endo-urologie العلاج النظاري  
 lithotritie تفتيت الحصى

جراحة العامة والمنظار  
 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

**FLOTRAL 10 MG**

1 cp le soir x 1 mois

Dr. MEZIANE Amine  
 Chirurgien Urologue  
 Clinique La Source - Casa  
 Tel : 05 22 20 14 42

Dr. MEZIANE Amine  
 Chirurgien Urologue  
 Clinique La Source - Casa  
 Tel : 05 22 20 14 42



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 تقي الدين (بن سباقا)  
 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

## FACTURE

N° : 4437 / 2019 du 12/09/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr BENOUALA BOUCHAIB	PAYANT	12/09/19 12/09/19

Désignations des prestations	Lettres	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SONDAGE		1,00	300,00	300,00
				<b>Sous/Total 300,00</b>
				<b>Total clinique 300,00</b>

Arrêtée à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		

مصحة الماء  
CLINIQUE LA SOURCE

RECU N° 05137 BP [ ]

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

Service Consultation

- Reçu de ..... *Mr BZL OWA*
- La somme de ..... *Boumthij*

300,000.00

**Dr. MEZIANE Amine**  
*Chirurgien Urologue*  
Clinique La Source - Casablanca  
Tél. : 05.22.20.14.42

VISA Caisse

Date :

*Re 10/9/19*