

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-564744

39317

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1063	Société : R. AN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KARIANI SOUTAD			
Date de naissance : 28-10-1960			
Adresse : Me Henry Nolen Appart 3 VAL			
Tél. : 0661066766	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____			
Nom et prénom du malade : KARIANI Hristapha Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fille/mère <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : DR. M. ALLAL BEN ABDELLAH			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : CHIRURGIE DE LA SOURCE DE LA RABIA			
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 : **26/08/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Keniam Y.**

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
26/08/2020	22	322100	811400	MEILLEUR MEDICAL URGENCE CASABLANCA

Montant détaillé Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20100	D.P.M : 20100 MÉDECIN : M. TAREK UROU LIEU DE POURCHASE : CASABLANCA DATE : 21/4/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AGUEDACH KAMAL Quartier Vay Flleur/3 Bis, Rue Ha Murger, Résidence Alibi III, Co Tel/Fax: 0522 99 66 22	26/4/20	195,50

~~ARMARIA AGUEDACH KAMAL~~ 2
Quartier Val Fleurij 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél./fax: 0522 99 69 21

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNALES MÉDICALS

AUXILIAIRES MÉDICAUX

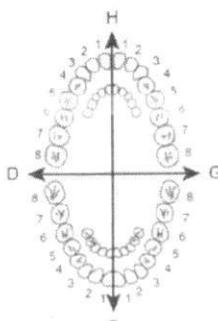
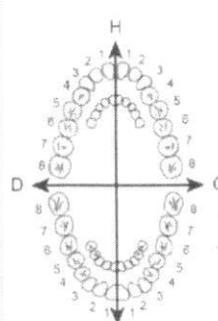
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 26533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



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

26/08/2020

Casablanca, le :

Mme KARIANI Souad

جراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie تفتيت الحصى

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

112DH
OXIFLOR 200 mg
110,50 1 cp x 2 / jour x 05 jour
ANDOL 1 G
69,- 1 cp x 3 / jour x 3 jours

جراحة المسبح
Dr. MEZIANE KARIANI Souad
Chirurgien Urologue /
CLINIQUE LA SOURCE
Tél.: 05 22 20 14 40 / 41

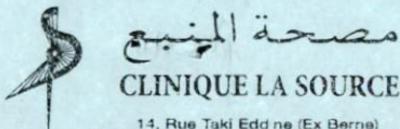
FGT87 122
LOT
Prix
69,00
COMPOSITION pour 2 comprimés
GINSENG (racine) 130 mg**
QUARTIER VAL FLEURI 3 Bis, Rue Henri
AGUEDACH KAMAL
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

ANDOL PARACETAMOL 1000 mg
Comprimé effervescent 8x 500 mg
Lot N°:
A ut. av.:
PPV/DH: 14.80
OXIFLOR 200 mg
20 comprimés
PPV 112DH00 EXP 01/2023
LOT 9H035 1

14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux - Casablanca - 20 000 الدار البيضاء -
Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - Fax : 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail (Administration) : contact@cliniquelasource.ma - E-mail (Médical) : info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation d'Urologie (1er Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42 / 43

S.C.P. - I.F. : 14415714 - C.N.S.S. : 9428120 - T. P. : 36335867



14, Rue Taki Edd ne (Ex Berne)
Quartier des Hopiteux - 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
E-mail : contact@cliniquelasource.ma

RECU N° 002981 BP []

Service Consultation

- Reçu de مهندس.
- La somme de 20000 درا

30007

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien Urologue
VISA Caisse
CLINIQUE LA SOURCE
Tél.: 05 22 20 14 40 - Casablanca
Date : 26/08/2020