

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9045 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKIRÉDJ CHAKIR. A 91489

Date de naissance : 20/06/1958

Adresse : Romandie II tour Ifsh bila n° 15 Casab.

Tél. : 066301265 Total des frais engagés : 350+ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Omar BATTAS
Professeur de Psychiatrie
Consultation Clinique la Source
INPL 1091035501

Date de consultation : 06/11/2023

Nom et prénom du malade : SKIRÉDJ CHAKIR. Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TBM

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 : CRSP Le : 06/11/2023

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
6/11/2013	163	300,00		Pr. Omar BATTAS Professeur de Psychiatrie Consultation Cheikh el Soufie N° Tél: 035501 1035501

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/11/2023	2430,60
	6/11/2023	834,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

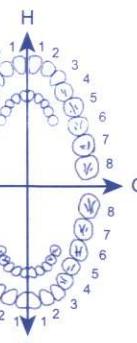
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				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			
	$ \begin{array}{r rr} H & 25533412 & 21433552 \\ D & 00000000 & 00000000 \\ & \hline B & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \end{array} $			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le :

06/11/2003

جراحة المسالك البولية التنسالية
UROLOGIEendo-urologie العلاج المطاري
lithotritie تفتيت الحصىالجراحة العامة والمنظارية
CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIEجراحة الأطفال
CHIRURGIE PEDIATRIQUEجراحة النساء
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUEالإنعاش وجميع
الإختصاصات الطبية
REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALESمركز تفتيت الحصى
CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLEمركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIESCANNER
RADIOLOGIE STANDARD1391 60
+ 4 1129.50 x 2
2 1tot de
20000 / 167.40 x 3
+ 167.40 x 5
167.71

93 + 6 41

180 x 2
+ 2917
T. 837,00

Solaran 100

1 - 2 - 1
Tentac 2000 20 1
167.40 x 5
167.40 x 5
1 - 1 - 2
9085
(15)

Anelrain 70

1 - 1 - 1
Flux 200
2 - 0 -

Pr. OMAR BATTAS
Professeur de Psychiatrie
Consultation Chaque Jour
N°F: 09103551180 x 2
T. 837,00

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.A.R.L - I.F. 14415714 - C.N.S.S. : 9428120 - T.P. : 36335367

T = 5261,60 - o
a jeun

LOT 231052 1
EXP 03 2026
PPV 180.00

LOT 231052 1
EXP 03 2026
PPV 180.00

LOT 232000 1
EXP 06 2026
PPV 297.00

LOT : 04 2026
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V:29DH50
6 118000 011576

LOT : 03 2026
TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V:29DH50
6 118000 011576

LOT:059
PER:FEV 2026
PPV:167 DH 40

LOT:058
PER:FEV 2026
PPV:167 DH 40

LOT:058
PER:FEV 2026
PPV:167 DH 40

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

○ Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
SOLIAN 100mg, cp séc B 30
P.P.V : 139,60 DH

6 118001 081776

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
SOLIAN 100mg, cp séc B 30
P.P.V : 139,60 DH

6 118001 081776

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
SOLIAN 100mg, cp séc B 30
P.P.V : 139,60 DH

6 118001 081776

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
SOLIAN 100mg, cp séc B 30
P.P.V : 139,60 DH

6 118001 081776

PPV: 96DH00
PER: 03/26
LOT: M2622-3