

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.

N° W19-451274

ND. 32897

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7300	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	TSAOUI MOUHSSINE
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661191683	Total des frais engagés :	439,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr MEZIANE ANAS <i>Chirurgien Urologue</i> <i>Clinique la source - Casa</i> Tél : 05 22 20 14 40	
Date de consultation :	03/07/20
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age : 53	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Affection : Ménopause	
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 : CPSA

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
03/07/20	2		gkt	INP : 091087645 Dr. MEZZAÏT ANAS Chirurgien Urologue

EXECUTION DES ORDONNANCES		Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie BENGHAZI El Lekhda - Tripoli EZZARHOUNI Rabta Rue N° 8 Lekhda Tripoli 1092 Téléphone : 22 77 62 Fax : 22 77 62 99 Email : info@pharmacie-benghazi.com</p>		03.07.2020	439,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.



Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

PPV: 61DH50

PER: 01/23

LOT: J089



جراحة المسالك البولية والتناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie تفتيت الحصى

ابراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع
الاخصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مختبر الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

LOT 0780
PER 05.22
PPV 54.70 DH
te

أستاذ مزيان المهدي
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

03/07/2020

Mr. TSOULI MOUHSINE

61,50

MOBIC 15 mg

58,30 1 cp le soir

MEGASFON 160 MG

54,10 1 cp x 2 / jour

PROFENID Injectable

123,60 1 inj. IM en cas de douleur

INEXIUM 40 mg

121,10 1 cp le matin x 14 jours

439,60

LOT : 7669
P.T. AV : 01-22
P.P.V : 58 DH30



40 mg
Boite 14
641/150MP/21NRO PP.V:142,10 DH
6 118001 020607

SARAH
22 rue zoubier bniou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boite 14
641/150MP/21NRO PP.V:123,50 DH
6 118001 020607

Dr. MEZIANE ANAS
Chirurgien Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
0522 20 14 40

14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux - Casablanca - 20000 الدار البيضاء - زنقة تقى الدين حى المستشفيات 20000 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