

# 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.

N° W19-442125

MUPRAS  
RECEPTION 9

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		(24872)	
Matricule :	9020	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KHARZI ADIL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0662763203	Total des frais engagés :	950,00 Dhs
Cadre réservé au Médecin PT. Omar BATIAS Professeur de Psychiatrie Consultation Clinique La Source INPE : 091035501			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	21/12/2020	GHENNAEM ELLHANSSA	Age:
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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'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 :	05/12/2020	Signature de l'adhérent(e) :	(Signature)
Le : 05/12/2020			

PT. Omar BATIAS  
Professeur de Psychiatrie  
Consultation Clinique La Source  
INPE : 091035501

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
21/02/2020	Acte	1 Ch	3500 F	INPE : 091035501 Professeur de Psychiatrie Consultation Clinique La Source INPE : 091035501

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LE CREPUSCULE</b> ue 56 Lot. Hassania S N° 19 <b>CASABLANCA</b> Tél/Fax : 05 22 90 00 47	21/02/2020	<b>559 Dhs</b>



Pt. Omar BATTAS  
Professeur de Psychiatrie  
Consultation Clinique La Source  
INPE : 091035501

PHARMACIE LE CREPUSCULE  
Rue 56 Lot. Hassania II N° 13  
CASABLANCA  
Tél./Fax : 05 22 90 00 47

ORDONNANCE

Casablanca, le :

21/2/2020

جراحة المسالك البولية التنايسالية

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 RADILOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Ghamoum El Khawae



S.V.

8012  
40211 SST  
Ms - dep 50

3830x6

tit de SST

2mrs 21-10-0

555 60

Pt. Omar BATTAS

Professeur de Psychiatrie

Consultation Clinique La Source

INPE : 091035501

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

P.E.R : 07/2022  
A/2022

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

A/2022

14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux - Casablanca - 14, زقة تaki الدين حي المستشفيات 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