

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0009124

165845  
Autres

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00445 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AÏL Hassan

Date de naissance : 29.09.1944

Adresse : 309 AV. B. HAM MASJID Casablanca

Tél. 0644014712 Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12.06.2023

Nom et prénom du malade : SEMI Tounkang Age : 78

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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

Signature de l'adhérent(e) : Le 12/06/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/06/23        | Ablation          | 1                     |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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

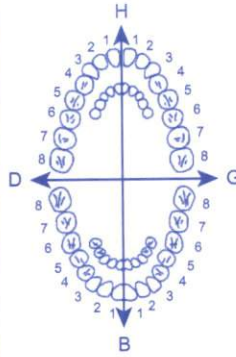
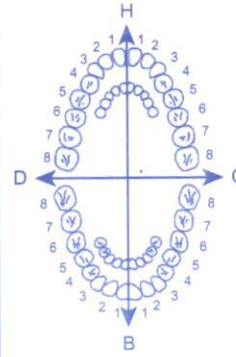
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  | 12/06/23       |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 canaux, 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   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>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"/> |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca, le :

12/01/23

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنطاري  
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

Mlle. SEMMI

TOUHAMI'A

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD



ORDONNANCE

12/06/2023

Casablanca, le :

**Mme SEMHI Touhamia**

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفطيت الحصى

Ablation de la sonde JJ

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع  
الإختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفطيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. Samir BENCHEKROUNE  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique la Source  
Tél : 05 22 20 14 40

Dr. MEZIANE Amine  
Chirurgien Urologue  
Clinique la Source  
Tél : 05 22 20 14 42

CLINIQUE LA SOURCE  
14, Rue Taki Eddine Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél : 05 22 20 14 40 / Fax : 05 22 20 13 99

- lewisy or

- Amer-

- no. 60



# CLINIQUE LA SOURCE

14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
Quartier des Hopitaux - 20000 Casablanca  
Tél. 022 20 14 40/41 - Fax : 022 20 13 99

## F A C T U R E

N° : 2879 / 2023 du 12/06/2023

Nom patient **SEMHI TOUHAMIA**  
**PAYANT**

Entrée 12/06/2023  
Sortie 12/06/2023

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire     | Montant         |
|-----------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| ABLATION DE SONDE           | 1,00   | K30        | 1 100,00          | 1 100,00        |
|                             |        |            | <i>Sous-Total</i> | 1 100,00        |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |                   | <b>1 100,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CENT DIRHAMS

**Total 1 100,00**

CLINIQUE LA SOURCE  
14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
Casablanca - Tél. 022 20 14 40/41 - Fax : 022 20 13 99

**CLINIQUE LA SOURCE**

14,Rue Taki Eddine (Ex Berne)

Quartier des Hopitaux -20000 Casablanca

Tél. 022 20 14 40/41 - Fax :022 20 13 99

Casablanca

**BILLET DE SORTIE**Nom du patient : **SEMHI TOUHAMIA**Chambre : **63S**Médecin traitant **MEZIANE...**Prise en charge **PAYANT**Date entrée **12/06/2023**Date sortie **12/06/2023 12:59**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : ZINEB

12/06/2023 14:38

23F121220

**CLINIQUE LA SOURCE**  
14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)  
Casablanca - Tél.: 022 20 14 40  
Fax : 022 20 13 99



14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)

Quartier des Hôpitaux - 20 000 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 (برن سابقا)

حي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 14 40 / 41 - الفاكس : 05 22 20 13 99

موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42 / 43

الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma

Casablanca, le

12 juin 2023

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom & Prénom : SEMHI Touhamia  
Age :  
Date de l'intervention : lundi 12 juin 2023  
Opérateur : Dr Anas MEZIANE  
Anesthésiste : Dr Benchekroun - Dr Chroqui  
R. C :  
Indications : Ablation de sonde JJ

## C.R.O

Sous sédation. Introduction du cystoscope sous contrôle de la vue.  
Ablation de la sonde JJ faite.

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



I

aVR

V1

V4

II

aVL

V2

V5

1mV

III

aVF

V3

V6

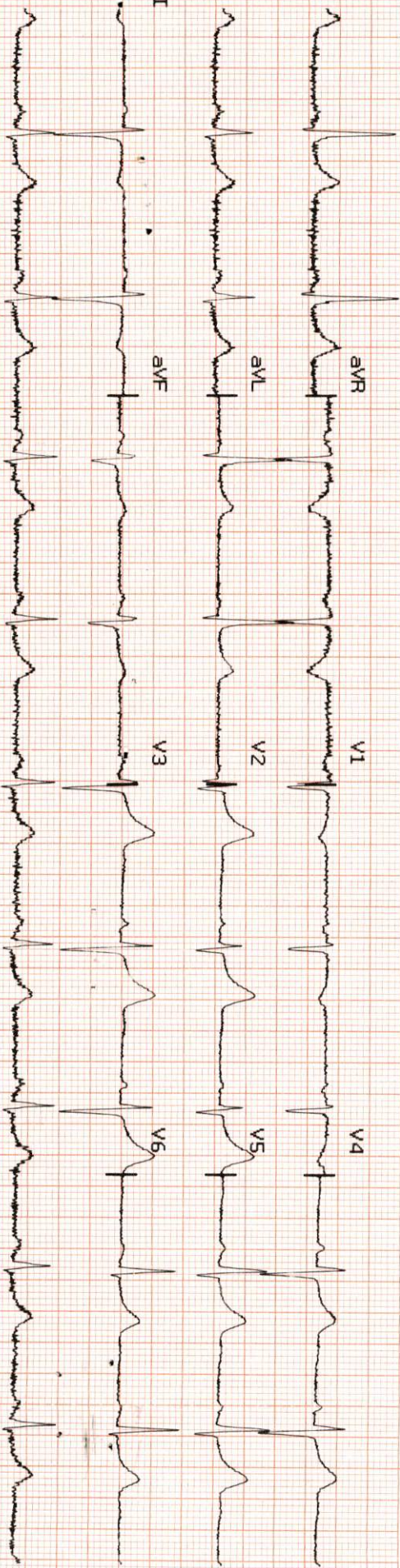
II

25mm/s

10mm/mV

DFT-100 Hz AC-50 Hz

Auto3x4+1rhy



Id : 00000000005

FC :

57bpm Infos Diagnostic

Nom :

Duration P :

133ms 811:Bradycardie Sinus

Sexe : Homme

Intervalle P :

154ms

Age :

Complex QRS :

89ms

Longueur: cm

QT/QTc int. :

434/426ms

Poids : Kg

Axe P/QRS/T :

45/-16/12°

Race : Inconnue

Amp. RV5/SV1 :

0.71/0.61mV

Medecine:

Amp. RV6/SV2 :

1.32mV

Avec pac: Oui

Amp. RV6/SV2 :

0.81/0.34mV

2023-06-12 17:22

Hopital:

18/02/2023  
Alma Sembré tourhanie

KKA : 132

14

Rapport valide par :