

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ 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](http://www.mupras.com)

M22- 0048223

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKADTIR MOSTAPHA

Date de naissance : 03 - 06 - 1954

Adresse : 19 RUE BAALABAK ETG 2 N° 6

BEN JEDIA

CASA 20180

Tél. : 06 33 30 33 63

Total des frais engagés : 3337,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MELLAIE ANAS  
Chirurgien orthopédiste  
Clinique la source Casa  
Tél. 05 22 20 14 40

Date de consultation : 05 / 07 / 2023

Nom et prénom du malade : Ben KADIR MOSTAPHA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection URinaire

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

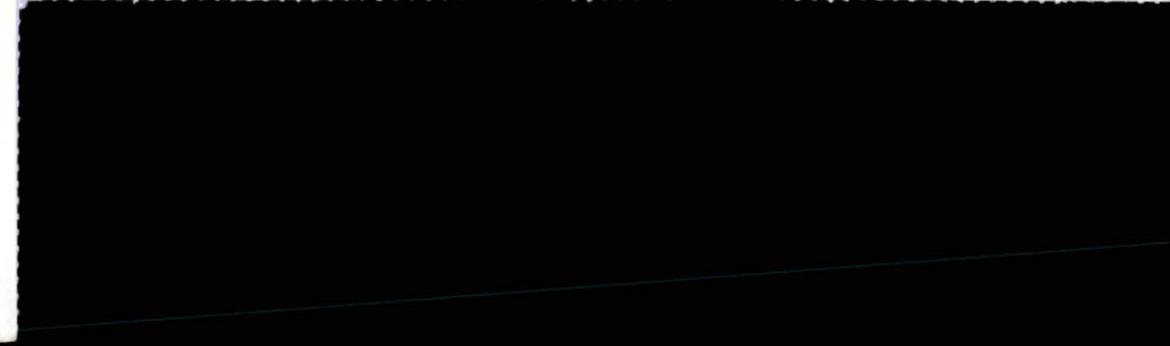
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA Le : 05 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Mostapha

S



## **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                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/07/23        | S                 |                       | 300.00                          | Dr. Chirurgien Traumatologue<br>Clinique Source - Casa<br>Tél.: 05 22 20 14 40 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE NOUVELLE<br>CASABLANCA<br>K. BOUZOUBAA<br>Casablanca<br>Rue de la Ligue Arabe - Casablanca<br>T. +212 31 47 17 11<br>M. +212 66 11 11 11 | 05/07/23 | 3037,00               |

## **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 |
|                              |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |             |                         |
|                              | H   | 25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D   G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession               |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DATE DU DEVIS           |
|                              |   |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

# CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P

Docteur MEZIANE EL MAHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE



Chirurgiens Urologues

# مصحة الماء

الدكتور مزيان المهدى

الدكتور مزيان مصطفى

الدكتور مزيان أناس

الدكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية التنايسية

## ORDONNANCE

05/07/2023

Casablanca, le :

Mr. BEN KADMIR MOSTAPHA

3037,00  
AS

DECAPEPTYL 11,25 mg

1 injection IM / 3 mois

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Decapeptyl 11,25mg fl b1  
P.P.V : 3037,00 DH  
  
6 118001 180776

T = 3037,00  
Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casa  
Tél.: 05 22 20 14 40  
K. CASABLANCA  
16, Bd de la Liberté - Casablanca  
Tél.: 05 22 31 47 17

جراحة المسالك البولية التنايسية

### UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

جراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

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

14, Rue Taki Eddine (Ex.Berne) Quartier des Hôpitaux - Casablanca - 20 000 الدار البيضاء - 14

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - GSM / WhatsApp : 06 62 05 10 35 -Fax : 05 22 20 13 99

[www.cliniquelasource.ma](http://www.cliniquelasource.ma) - E-mail : contact@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. :36335867