

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9511 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DARKI

IMANE

183532

Date de naissance : 03/06/71

Adresse : Villa 33 Jett Marine Dan Bouazza

Tél. : 0661325787

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/2023

Nom et prénom du malade : DARKI Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Pathologie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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

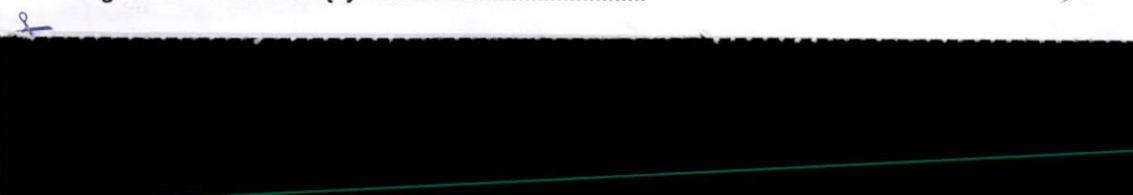
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : 11/12/2023

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
18/10/2023			80€	Dr. MEZIANE Chirurgien Urologue que la source - Casp 05 2220 14 41

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

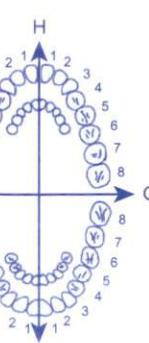
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	18.11.2013	1	=	1000000	00	mille cinq cent

## 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

16/10/2023

Casablanca, le :

Mme DARKI IMANE

جراحة المسالك البولية التناسلية  
**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  
الإختصاصات الطبية

**REANIMATION ET TOUTES**  
**SPECIALITES MEDICALES**

مركز تفتيت الحصى

**CENTRE DE LITHOTRIPSIE**  
**EXTRACORPORELLE**

مركز الفحص بالأشعة  
**CENTRE DE RADIOLOGIE**

**SCANNER**  
**RADIOLOGIE STANDARD**

Ablation de la sonde JJ



**Dr. MEZIANE Amine**  
Chirurgien Urologue  
Clinique la Source Casa  
Tél.: 05 22 20 14 40

# CLINIQUE LA SOURCE

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



# مصحة المنهج

14، زنقة نقي الدين (بن سابقا)  
حي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 20 13 99 / 41 - الفاكس : 05 22 20 14 40  
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

**18 octobre 2023**

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

<u>Nom &amp; Prénom</u>	: DARKI IMANE
<u>Age</u>	: 52 ans et 4 mois
<u>Date de l'intervention</u>	: mercredi 18 octobre 2023
<u>Opérateur</u>	: Dr Amine MEZIANE
<u>Anesthésiste</u>	: Dr Benchekroun - Dr Chroqui
<u>R. C</u>	: Ablation de sonde JJ + urétéroskopie
<u>Indications</u>	:

## C.R.O

Sous sédation , introduction du cystoscope sous contrôle de la vue , ablation de sonde JJ faite.  
Urétéroscopie rigide ne retrouve pas de fragment résiduel, Urétéroscopie souple retrouve un "microsable" caliciel , RAS par ailleurs

Dr. MEZIANE Amine  
Chirurgien Urologue  
Clinique la Source Casa  
Tél.: 05 22 20 14 40

**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 : **DARKI IMANE**

Chambre : **SO**

Médecin traitant **MEZIANE...**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **18/10/2023**

Date sortie **18/10/2023 15:38**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : ZINEB

19/10/2023 11:17

23J180910

**CLINIQUE LA SOURCE**  
14, Rue TAKI-EDDINE (Ex. Berne)  
Casablanca - Tél: 05 20 20 14 40  
INPE 090005369

# 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° : **5271 / 2023** du **18/10/2023**

Nom patient	<b>DARKI IMANE</b>	Entrée	<b>18/10/2023</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>18/10/2023</b>

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>	<b>1 100,00</b>

**Total Clinique** **1 100,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE CENT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 100,00</b>

CLINIQUE LA SOURCE  
14, Rue TAKI EDDINE (Ex. Berne)  
Casablanca - Tél. 022 20 14 40  
INPIE 090 03369