

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0015163  
186961

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	5626	Société :	Laay
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DRIHOU HASSAN	
Date de naissance :		18 - 11 - 60	
Adresse :		HABIB YOUNES 20000 Casablanca	
Tél. :		06744916206 Total des frais engagés : 3144,496,80 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Omar BATTAS  
Professeur de Chirurgie  
Consultation à La Source  
INPE: 091035501

Date de consultation : 06 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : MEZOURAMI La tefsa Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DM

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 : 06/11/2023 Le : 06/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : DRIBHOU

## 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.

#### **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
06/11/2023	1G3	350,00		Pr. OMAR BATTAS Professeur de Psychiatrie Consultation Clinique de la Saône APE: 091025501
				35501

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE 02 60 57 84	06 11 2023	496,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

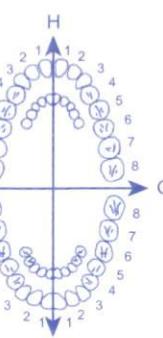
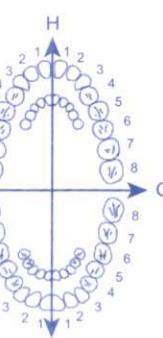
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	D	G	25533412	21433552		00000000	00000000		B			00000000	00000000		35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	D	G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
B																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



**Pr. Omar BATTAS**  
Professeur de Psychiatrie  
Consultation Clinique la Source  
INPE: 091035501

## ORDONNANCE

Casablanca, le :

06/11/2023

جراحة المسالك البولية التناصالية

## UROLOGIE

endo-urologie      العلاج المطاري  
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

Nezomri Latefa  
496,20

190,40 11 Sutaf 10



246,00 21 1-0-0  
~~Hde~~

21 Senquel 1w



31 Temesta 2r  
29,10

1/2 - 0 - 1



**Pr. Omar BATTAS**  
Professeur de Psychiatrie  
Consultation Clinique la Source  
INPE: 091035501

Tawaxel 2r

14، زنقة فقي الدين (برن سابقا) 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 Urologie(1er Etage) - Tél.: 05 22 20 14 42 / 43

INPE: 091035501

S.A.R.L - I.F.:14415714 - C.N.S.S.:9428120 - T.P.:36335867

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bniou al aouam roches  
noires casablanca  
**SEROQUEL**  
100mg Cpr. nr.  
Boîte de 60  
26916 DMP 21/NSF P.P.V: 276,00 DH  
6 118001 021307



Lot:  
Fab:  
Exp:

SE207  
02 2022  
01 2025

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30  
P.P.V: 29DH50  
6 118000 011576

LOT : KE30036  
PER : MAI 2025  
PPV : 190 DH 70

S-CIAR 20mg  
30 Comprimés pelliculés  
6 118001 151387