

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.

N° W19-445721

Prescripteur Néelie

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7063	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KARIANI SOVAD			
Date de naissance : 28-10-1960			
Adresse : Mme Henninneau Apt 3 Val Fleuri			
Tél. :	0661066766	Total des frais engagés :	11100,00 DHS

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/10/2019			
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 : OSSIFIE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
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 Le : 26/10/2019
Signature de l'adhérent(e) : KARIANI Y.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/10/19	HG C		500000	09/10/19
11/10/19	T.C.A.R	1000000	1000000	11/10/19

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																																																
Le praticien est prié d'indiquer la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP : <input type="text"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																																									COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																																											
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																																																
<p>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D <input type="text"/> B</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D <input type="text"/> B																																																								
	H	G																																																														
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553																																																														
	D <input type="text"/> B																																																															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																															
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																																															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																																															
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																																																															
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																																																															



Professeur MEZIANE EL MEHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدى
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

07/10/2019

Casablanca, le :

Mme KARIANI Souad

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie	العلاج المنظاري
lithotritie	تفتيت الحصى

Ablation de la sonde JJ

جراحة العامة والمنظارية

**CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE**

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع
الخصائص الطبية

**REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES**

مركز تفتيت الحصى

**CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE**

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien - Urologue /
CLINIQUE LA SOURCE /
Tél: 05 22 29 14 49 : 0555

Dr. CHROQUI Younes
Anesthésiste Réanimateur
CLINIQUE LA SOURCE
Tél.: 05 22 20 14 40 / 45



ORDONNANCE

Casablanca, le : ٩١١٥١١٩

جراحة المسالك البولية التناصبية

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

RADILOGIE STANDARD

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

Nous soussignons CLINIQUE LA SOURCE,
attestions par la présente que :

Mr, Mme, Mlle : KARIANI SOUAD

a été admis(e) à la clinique la source :

du ٩١١٥١١٩ au ٩١١٥١١٩

Fait pour servir et valoir ce que de droits.

SIGNÉ
CLINIQUE LA SOURCE
14, Rue TAKI-EDDINE (Ex-BP 1)
Casablanca - Tél.: 05 22 20 14 40





14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)
Quartier des Hôpitaux - 20000 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 نفي الدين (بني سباقا)
حي المستشفيات 20000 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 20 13 99 - فاكس : 05 22 20 14 40/41
موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42/43
الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma

FACTURE

N° : 5000 / 2019 du 09/10/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme KARIANI SOUAD	PAYANT	09/10/19 09/10/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FORFAIT K30	K30	1.00	1 100.00	1 100.00
Sous/Total				1 100.00
Total clinique				1 100.00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	1 100.00
MILLE CENT DIRHAMS					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		

CLINIQUE LA SOURCE
14, Rue TAKI EDDINE (Ex. Berne)
Casablanca - Tel. : 05 22 20 14 40