

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-504703

CA

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11786 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENNANI F. Zahra

Date de naissance : 25/01/77

Adresse : 33 rue Lancelotti - parif Extension

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Bartholinite

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 Le : 24 JAN 2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-504703

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11786

Nom de l'adhérent(e) : BENNANI F. Zahra

Total des frais engagés : 5200 dhs

Date de dépôt : 24 JAN 2020

ACCUEIL

# 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
11/01/2020	Vente facture	50000		INP : 0911523114

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/20	2550

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

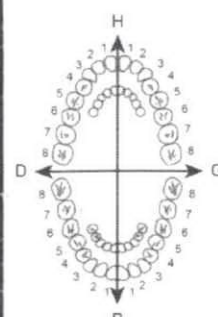
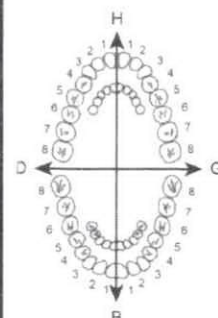
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</td> <td>G</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	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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





Clinique  
les papillons

مصلحة الغراشات

Reçu de Caisse

N° 029307

Nom : Bennani

Prénom : Fatimazahra

Montant : 5000 DH

Date de sortie : 11.01.2020 Chambre : H.F

Régulé par M. D<sup>U</sup> EL KHADIM

Signature

Signature du Caissier :



Clinique  
les papillons

حصة الغراشات

Casablanca le

10/10/20

الطابق الأبيض في

D = BERNANI  
F-2  
BARTHOLINIE  
au 1<sup>er</sup> étage droite  
la cour est

MARSUPIALISANT

# CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

## F A C T U R E

N° : 102 / 2020 du 11/01/2020

Nom patient **BENNANI FATIMA ZAHRA**

Entrée 11/01/2020

**PAYANTS**

Sortie 11/01/2020

Désignation des prestations	Nombr	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	-------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	forfait	1,00	1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Clinique				1 000,00

DR. ANESTHESISTES REA (anesthésie)	forfait	1,00	500,00	500,00
DR. EL KHADIME AMINA (gyneco)	forfait	1,00	3 500,00	3 500,00
			Sous-Total	4 000,00
Total Autres prestations				4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ MILLE DIRHAMS	Total 5 000,00

**CLINIQUE LES PAPILLONS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 11/01/2020

Références

102 / 200112102922024012

PAYANT

Entrée / Sortie : 11/01/2020 - 11/01/2020

Le Dr. ANESTHESISTES REANIMATEURS

présente à Mme BENNANI FATIMA ZAHRA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
500,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature

**CLINIQUE LES PAPILLONS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 11/01/2020

Références

102 / 200112102922024013

PAYANT

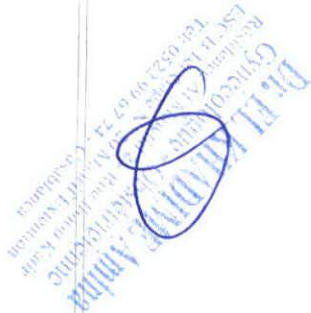
Entrée / Sortie : 11/01/2020 - 11/01/2020

Le Dr. EL KHADIME AMINA

présente à Mme BENNANI FATIMA ZAHRA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
3 500,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature

**Docteur EL KHADIME AMINA**  
**Cabinet de gynécologie-obstétrique**  
**0522987739/0522996774**  
**Urgences : 0662747773**

*COMPTE-RENDU*

Patiente : Mme BENNANI FZ

Diagnostic : BARTHOLINITE

Intervention : MARSUPIALISATION

Incision cutanée sur le bord muqueux  
Evacuation du pus  
Effondrement des logettes  
Lavage abondant à l'eau betadinée  
Mise en place de points non invaginants sur les bords de  
l'incision  
Hémostase  
Compte exact des compresses  
Suites immédiates simples

**Dr. EL KHADIME Amina**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Résidence Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Kattir  
C.B 1er Etage N° 20 Madinet Extension  
Tél : 05 22 98 67 74 - Casablanca  
Urgence : 06 62 74 77 73



# CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

Casablanca

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 11/01/2020 Heure 17:49

Nom et Prénom du patient MmeBENNANI FATIMA ZAHRA

Age ou Date Naissance 44 - 25/01/1977

N° Cin du patient ou du tuteur A702719

Adresse 33LOT ARSET LEKBIR ESC B ETG 3APPT 9MAARIF CASA

Téléphone .

Personne à appeler en cas d'urgen .

Médecin traitant EL KHADIME AMINA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation BARTHOLINITE

Affiliation à une couverture maladi NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 11/01/2020

Heure 10:29

Durée d'hospitalisation (jours)

0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*