

# 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-504703

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 11286	Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENNANI F. Zahra		
Date de naissance : 25/01/77		
Adresse : 33 rue Darat La Khair - Maroc Extension		
Tél. :	Total des frais engagés : 150.000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Dr. EL KHADIME Amina - Gynecologue - Obstétricienne		
Date de consultation : 1/01/2020		
Nom et prénom du malade :		
Bartholinié		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Enfant	
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) :		
Dernier		

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).		
ACCUEIL		

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
11/01/2020	Visite à domicile	50000		INP : 091152314

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAHMOUD Abou Hassen SIDI El Fazlien Caid HAFIDH	07/01/20	283,50

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

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

### VOLET ADHERENT

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



Clinique  
les papillons

مصحة الفراشات

Reçu de Caisse

N° 029307

Nom : Bennani

Prénom : Fatimazahra

Montant : 5000 DH

Date de sortie : 11.01.2020 Chambre : H.F

Réglé par M. D<sup>o</sup> EL KHADIM

Signature

Signature du Caissier :



Clinique  
les papillons

مصحة الغراسات

Casablanca le

Mo 1 20  
الموافق ٢٠١٢

Dr. BERNARD  
F-2  
BARTHÉLEMY  
et L'ORME DENTE  
L'UNION EST  
MARSUPIALISATION

# 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
-----------------------------	-------	------------	---------------	---------

<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<i>forfait</i>	1,00	<b>1 000,00</b>	<b>1 000,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 000,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

<b>DR. ANESTHESISTES REA (anesthesie)</b>	<i>forfait</i>	1,00	<b>500,00</b>	<b>500,00</b>
<b>DR. EL KHADIME AMINA (gyneco)</b>	<i>forfait</i>	1,00	<b>3 500,00</b>	<b>3 500,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>4 000,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>4 000,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	<b>Total</b>	<b>5 000,00</b>
<b>CINQ MILLE DIRHAMS</b>		

6  
CLINIQUE LES PAPILLONS  
11/01/2020  
Gedis

**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'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature***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'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature*

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

*COMPTE-RENDU*

Patiante : 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  
Ssidence Al Mawlid 2 - Rue Ibnou Katt  
C.B 1er Etage N° 20 Maârif Extention  
Tel : 05 22 99 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'urgence .

Médecin traitant EL KHADIME AMINA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation BARTHOLINITE

Affiliation à une couverture maladie 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*