

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-588417

Li9533

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 13254

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI DOUNIA

Date de naissance : 27/12/1991

Adresse : 20 Rue Alial Ben Abdellah

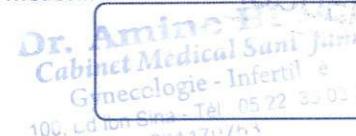
Casablanca

Tél. : 06 39 70 28 82

Total des frais engagés :

U1 U1 2020 2020, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/11/2020



## 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
10.11.2020	Non Facturé		A Total 1200,00 F	INP : 1111111111 Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris  
Hôpital COCHIN - Port Royal  
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam  
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca  
Fixe : + 212 522 36 03 03  
Portable : + 212 661 79 18 39  
aminebititi@gmail.com

N° CPAM :  
N° RPPS :  
Email :

CASABIANCA, le 26/11/2020

## Compte Rendu d'accouchement

Madame Dounia BENZEKRI né(e) le 27.12.1991

Date : 09/11/2020  
Heure : 13H30  
Sage-femme : AMAL  
Obstétricien : Dr BITITI  
Pédiatre : Dr KAISER  
Groupe RH : +

ADMISSION Le: 10/11/2020  
Date : 09/11/2020  
Heure: 8H00  
Terme: 40 SA

ATCDs médicaux-chirurgicaux:

INDICATION: Patiente G2P1, travail dirigé avec présentation céphalique au terme de 40 SA, accouchement par voie basse périnée intact, délivrance dirigée complète.

Déroulement du travail:

HTA : non ; fièvre : non ; péridurale : non

Antibiotique : non ; travail dirigé : oui ; Rupture des membranes : Artificielle

Déclenchement : non ; liquide amniotique : clair ; présentation : céphalique.

ACCOUCHEMENT VOIE BASSE :

- Variété d'extraction : OP.
- périnée : intact.
- Délivrance : dirigée complète.

NOUVEAU-NÉ :

- Poids : 4260 gr
- Sexe: FÉMININ

ALLAITEMENT :  

- Maternel : oui
- Artificiel : non.

Dr. Amine BITITI  
Cabinet Médical santéfam  
Gynécologie - Infertilité  
100, Bd Ibn Sina 70175 Casablanca  
Tél: 0522 36 03 03  
Portable: 0566 79 18 39  
aminebititi@gmail.com

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° 5 050 / 2020 du 10/11/2020

Nom patient	<b>BENZEKRI DOUNIA</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	09/11/2020	10/11/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
-ACCOUCHEMENT VOIE BASSE	1,00		6 500,00	6 500,00
MONITORING	1,00		300,00	300,00
AIDE MEDICALE INFIRMIERE	1,00		350,00	350,00
CHAMBRE GRANDE SUITE	1,00		4 500,00	4 500,00
		Sous-Total		11 650,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>11 650,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. KAICER HALIM (pediatre)	1,00		400,00	400,00
		Sous-Total		400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

		<b>Total général</b>	<b>12 050,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			

DOUZE MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	4 500,00	4 500,00	7 550,00

Ref Chq : CM 3433311/



**CLINIQUE GHANDI**  
MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05  
FAX 05 22 94 64 91  
CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>BENZEKRI DOUNIA</b>		
Chambre : <b>VENUS</b>		
Médecin traitant	<b>BITITI AMINE</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>09/11/2020</b>	
Date sortie	<b>10/11/2020</b>	<b>10:28</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : HOUDA</i>		26/11/2020 16:20
201109080649IK-001		

*Clinique Ghandi  
54, bd Ghandi Casablanca  
Tél 0522 36 74 05  
Fax 05 22 94 64 91*

*Clinique Ghandi  
54, bd Ghandi Casablanca  
Tél 0522 36 74 05  
Fax 05 22 94 64 91*