

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-588417

49533

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13254 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZEKRI DOUMIA

Date de naissance : 27/12/1991

Adresse : 20 Rue Abou Nakara Bougati Casablanca

Tél. : 06 39 70 28 82 Total des frais engagés : 12 050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Amine Cabinet Medical Sani Jumi Gynecologie - Infertilité 100, LG Ibn Sina - Tél. 05 22 83 03 22 04 17 07 53

Date de consultation : 01 DEC 2020

Nom et prénom du malade : BENZEKRI DOUMIA

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

Nature de la maladie : Accouchement par voie basse

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 : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10.11.2020 | Non Facture | | | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

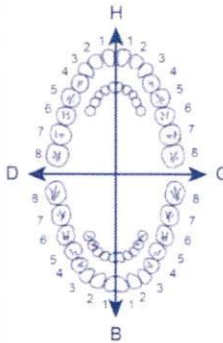
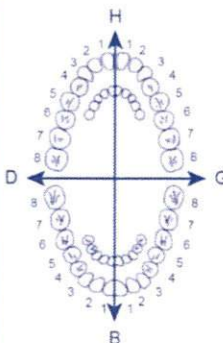
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|-----------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

CASABIANCA, le 26/11/2020

N° CPAM :
N° RPPS :
Email :

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 - Infertilité
Gynécologie - Fertilité
100 - bd Ibn Sina - Tél: 05 22 36 03 03
09 661 79 18 39

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 | BENZEKRI DOUNIA | Entrée | Sortie |
| | | 09/11/2020 | 10/11/2020 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|-----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| -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 |
| Total Frais Clinique | | | | 11 650,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. KAICER HALIM (pediatre) | 1,00 | | 400,00 | 400,00 |
| | | | Sous-Total | 400,00 |
| Total prestations externes | | | | 400,00 |

| | | |
|--|---------------|-----------|
| | Total général | 12 050,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DOUZE MILLE CINQUANTE DIRHAMS | | |

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

Ref Chq : CM 3433311/

CLINIQUE GHANDI
54 Bd Ghandi
Tél 05 22 36 74 05
Casablanca
Alhady Sara

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

CLINIQUE GHANDI
54, bd Ghandi, Casablanca
Tél : 0522 36 74 05
FAX : 05 22 94 64 91
AMZAZ Houda

CLINIQUE GHANDI
54, bd Ghandi, Casablanca
Tél : 0522 36 74 05
FAX : 05 22 94 64 91
KAMZAZ