

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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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

- Reclamation : 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 Atlas Ben Abdellah - 1^{er} étage 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-553669

COMPLEMENT

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8630** Société : **RAN 41756**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **SAID**

Nom & Prénom : **CHOUKAIRY SAID**

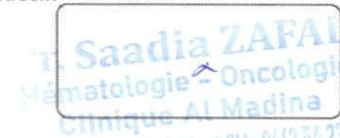
Date de naissance : **16 02 2060**

Adresse : **11 Rue de VANU APPA 7 BELVEDERE CASABLANCA**

Tél : **0666132132** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : **LEHNA SAMIA**

Age : _____

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Lymphome**

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 : **CASA**

Le : **25 / 09 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

28 SEP. 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
28/08/12	Ch. micellulaire		76.66,12	INP : 0090121212

CLINIQUE ALMA
 100 Rue Méd. Bohl et Rue Montard
 42000 Saint-Polymiers - Casabianca
 Tél: 05 22 77 71 40 à 49 (LG)
 Fax: 05 22 45 00 01

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 prie 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'OTF

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinothérapie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventioennelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 2832 / 2020 du 01/09/2020

Nom patient : LEHNA SANAA

Entrée 28/08/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 01/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE SEJOUR	1.00		1 244.68	100	1 244.68
	5.00	SEJOUR	400.00	20	400.00
			Sous-Total		1 644.68
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	28 132.20	20	5 626.44
			Sous-Total		5 626.44
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00	K	375.00	20	375.00
			Sous-Total		375.00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SEPT MILLE SIX CENT QUARANTE-SIX DIRHAMS DOUZE CENTIMES

Total

7 646.12

Montant total facturé

33 251.88

Montant pris en charge par l'organisme

25 605.76

Montant ticket modérateur à charge du patient

7 646.12

CLINIQUE AL MADINA
 PEC

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
 Fax: 05 22 25 00 01

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinothérapie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiennelle - Echographie

F A C T U R E

N° : 2832 A/ 2020 du 01/09/2020

CHIMIOThERAPIE

Nom patient LEHNA SANAA

Entrée 28/08/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 01/09/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	5.00	SEJOUR	400.00	2 000.00
			<i>Sous-Total</i>	2 000.00
PHARMACIE	1.00	PH	28 132.20	28 132.20
			<i>Sous-Total</i>	28 132.20
Total Clinique				30 132.20

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00	K	375.00	1 875.00
			<i>Sous-Total</i>	1 875.00
Total Autres prestations				1 875.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TRENT-DEUX MILLE SEPT DIRHAMS VINGT CENTIMES

Total 32 007.20

Immatriculation : Adhérent : LEHNA SANAA
 Affiliation : N° prise en charge : 4840357/28/08/2020
 Cin :

Part organisme 25 605.76
 Part patient 6 401.44

CLINIQUE AL MADINA
PEC

Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
 Fax: 05 22 25 00 01

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie Centre de Médecine Osseuse - Hémophilie - Hémoglobino-pathie - Déficit Immunitaire Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiennelle - Echographie			
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUCARB 150 MG PERFUSI (01)	5	271.00	1 355.00
ANDOL 1G PERFUSI (01)	5	18.80	94.00
HOLOXAN 2G INJECTA (01)	4	826.00	3 304.00
HOLOXAN 500MG INJECTA (01)	1	258.00	258.00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	1	11.20	11.20
MABTHERA 100 MG/10 INJECTA (02)	1	4 929.00	4 929.00
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)	1	11 858.00	11 858.00
NEUPOGENE 30MUI INJECTA (01)	8	627.00	5 016.00
ONDANSETRON MYLA 8MG INJECTA (05)	1	290.00	290.00
UROMITEXAN 400 M INJECT INJECTA (15)	3	339.00	1 017.00
Sous-Total médicaments			28 132.20
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)	1	62.25	62.25
AIGUILLES 18 G (100)(1)	18	0.38	6.84
AIGUILLES 25G (100)(1)	4	0.38	1.52
BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)	4	5.10	20.40
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15.60	15.60
BLOUSE VISITEUR VERTE (001)	3	18.00	54.00
CHAMP TROUE 50CM*60CM 6cm/ou (001)	1	15.00	15.00
CHARLOTTE BLANCH (100)(1)	4	0.52	2.08
CHLOR-SODIUM ISO 0,9% 500M FLACON (12)(1)	3	18.67	56.01
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	4	10.30	41.20
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)	14	15.00	210.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)	5	1.88	9.40
GANT D'EXAMEN NITRILE M (200)(1)	32	0.72	23.04
GANT STERILE 7 (050)(1)	1	6.45	6.45
GLUCONATE DE CA 10%1G 10ML I (050)(1)	12	3.63	43.56
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)	15	15.90	238.50
GLUCOSE 5%LAPRO SACHET 250ML (030)(1)	1	13.10	13.10
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)	3	54.00	162.00
PHARMAFIX 20*10 CM PAQUET (01)	1	54.00	54.00
POTASSIUM CHLORU 10 INJECTA (100)(1)	12	2.80	33.60
PROLONGATEUR BD 1.5M (100)(1)	1	14.40	14.40
ROBINET 3 VOIES (050)(1)	2	5.25	10.50
SERINGUE 10CC (100)(1)	9	1.05	9.45
SERINGUE 20 CC (050)(1)	12	2.30	27.60
SERINGUE 5 CC (100)(1)	9	0.82	7.38
SERINGUE 1CC 25G*36 (100)(1)	8	0.90	7.20
SERINGUE 50 CC A VIS (025)(1)	4	5.70	22.80
SODIUM CHLORURE INJECTA (100)(1)	24	2.80	67.20
SURCHAUSSURE BLEU (100)(1)	8	1.20	9.60
Sous-Total consommable médical			1 244.68
Total pharmacie			29 376.88

CLINIQUE AL MADINA
PECAngle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Annule et remplace
Cure du 28/08/2020

4840357

Nous soussignées, COMPAGNIE SAHAM ASSURANCE, sise au 216 Bd ZERKTOUNI CASABLANCA MAROC, nous engageons à nous substituer à :

LEHNA SANAA

Assuré dans le cadre de la Police N° 1000992490 adhésion 92/ SOCIETE SERIMA pour régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation à la CLINIQUE AL MADINA.

Il est précisé que le règlement des dits frais sera effectué sur présentation de la copie de la prise en charge, de la facture et des pièces justificatives notamment le compte rendu d'hospitalisation, et ce à concurrence de 80% des frais sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de :

32 641.34 Dhs
(Trente-deux mille six cent quarante et un Dhs trente-quatre Cs)

Fait à Casablanca, le 28 août 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie

