

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-536996

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKARY SAID

Date de naissance : 16/02/1971

Adresse : 11, Rue de Vemy, Appt 7, Belvédère, Cas

Tél : 06 66 13 27 32

Total des frais engagés : 473,99

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAA

Age : 44ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lymphome 3 à grandes cellules

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 / 05 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-536996

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 :

Nom de l'adhérent(e) : 473,99

Total des frais engagés :

Date de dépôt :







Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobino-pathie - Déficit Immunitaire  
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
Rx Conventi-onnelle - Echnographie

**F A C T U R E**

N° : 1538 A/ 2020 du 14/05/2020

CHIMIOOTHERAPIE

Nom patient **LEHNA SANAA**  
Prise en charge **SAHAM ASSURANCE**

Entrée 07/05/2020  
Sortie 08/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	800.00
			Sous-Total	800.00
PHARMACIE	1.00	PH	18 671.97	18 671.97
			Sous-Total	18 671.97
Total Clinique				19 471.97
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	1.00	K	375.00	750.00
			Sous-Total	750.00
Total Autres prestations				750.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT MILLE DEUX CENT VINGT ET UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-SEPT CENTIMES

Total 20 221.97

matriculation : 0600993038 Adhérent : LEHNA SANAA  
Affiliation : N° prise en charge : 4808979 DU 13/04/2020  
Cin :

Part organisme 16 177.58  
Part patient 4 044.39

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS- CASA

**CLINIQUE AL MADINA**  
PEC

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



**CLINIQUE AL MADINA**

Centre d'Hématologie & Oncologie

**مصلحة المدينة**

**مركز أمراض الدم والأكلوجيا**

**ANNEXE PHARMACIE (Devis)**

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie

Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur Devis N° 200507155948AM

Rx Conventionnelle - Echographie

Nom patient : LEHNA Sanaa

07/05/2020

AMINAZ

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

**Total pharmacie 29 652,34**

**CLINIQUE AL MADINA**  
**PEC**

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



# CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصححة المدينة

مركز أمراض الدم والآنكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
ANNEXE PHARMACOLOGIQUE (Devis)  
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
Rx Conventiionnelle - Echographie

Devis N° 200507155948AM

07/05/2020

AMINAZ

Nom patient : LEHNA Sanaa

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

CLINIQUE AL MADINA  
PEC  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax : 05 22 25 00 01

MEDICAMENTS	Nombre	Prix Unitaire	Montant
PHARMACRISTINE PH IMG INJECTA (01)	2	34,90	69,80
ADRIPLASTINE 50 MG INJECTA (01)	2	302,00	604,00
ARACYTINE 100MG INJECTA (01)	1	34,00	34,00
ENDOXAN 1G INJECTA (01)	1	55,90	55,90
ENDOXAN 500MG INJECTA (01)	1	35,10	35,10
ANDOL 1G PERFUSI (01)	1	18,80	18,80
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)	1	11 858,00	11 858,00
GRANOCYTE 34 MUI INJECTA (05)	2	2 881,00	5 762,00
MABTHERA 100 MG/10 INJECTA (02)	2	4 929,00	9 858,00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	2	18,00	36,00
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (05)	1	400,00	400,00
VANTEC 10mg COMPRIM (30)	1	1,27	1,27
		Sous-Total	28 732,87
CONSOMMABLE MEDICAL	Nombre	Prix Unitaire	Montant
SODIUM CHLORURE INJECTA (100)	2	2,80	5,60
POTASSIUM CHLORU 10 INJECTA (100)	2	2,80	5,60
TRANSFUSEUR (001)	1	9,00	9,00
PROLONGATEUR BD 1.5M (100)	1	14,40	14,40
PERFUSEUR+REGULAT DEB (001)	2	54,00	108,00
INTRANULES BLEUES 22 G (100)	2	4,50	9,00
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)	2	62,25	124,50
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15,60	15,60
PHARMAFIX 20*10 CM PAQUET (01)	1	54,00	54,00
SERINGUE 10CC (100)	16	1,05	16,80
SERINGUE 20 CC (050)	16	2,30	36,80
SERINGUE 5 CC (100)	16	0,82	13,12
SERINGUE 50 CC A VIS (025)	4	5,70	22,80
AIGUILLES 18 G (100)	20	0,38	7,60
BANDE DE GAZE 3M*10C (050)	2	2,37	4,74
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)	5	10,30	51,50
CHLORURE SODI LAP POCH 250 ML (030)	2	13,10	26,20
CHLORURE SODI SOT POCH 500ML (020)	6	20,60	123,60
GLUCOSE 5%100ML POCHE SACHET (50)	2	10,30	20,60
GLUCOSE 5%LAPRO SACHET 250ML (030)	2	13,10	26,20
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)	4	15,90	63,60
GLUCOSE 5% 500ML FLACON (012)	3	12,09	36,27
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)	2	0,52	1,04
BAVETTE BLEU A LACETS (050)	2	1,26	2,52
BLOUSE VISISTEUR BLEU (001)	2	18,00	36,00
ROBINET 3 VOIES (050)	2	5,25	10,50
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)	16	1,88	30,08
GANT STERILE 7 (050)	4	6,45	25,80
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)	20	0,90	18,00
		Sous-Total	919,47



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

# D E V I S

Date 07/05/2020  
 N° :200507155948AM

Nom patient : **LEHNA Sanaa**

Prise en charge : **SAHAM ASSURANCE**

Traitements **CHIMIOThERAPIE**  
**CURE DE 28/05/2020**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR		5	SEJOUR	400,00	2 000,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>2 000,00</b>
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Pr. ZAFAD SAADIA (hematologue)		5		375,00	1 875,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 875,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
(Voir annexe)		1		28 732,87	28 732,87
				<b>Sous-Total</b>	<b>28 732,87</b>
CONSOMMABLE MEDICAL		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
(Voir annexe)		1		919,47	919,47
				<b>Sous-Total</b>	<b>919,47</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :

TRENTE-TROIS MILLE CINQ CENT VINGT-SEPT DIRHAMS TRENTE-QUATRE CENTIMES

**Total devis**

**33 527,34**

**CLINIQUE AL MADINA**

**PEC**

Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard  
 Quartier Palmiers - Casablanca  
 Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
 Fax : 05 22 25 00 01



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

CODE : 090006784

A MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

S. ATAM

Objet : DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Cher confrère,

Veuillez trouver ci-dessous les informations, nécessaires pour une prise en charge,

Concernant : ..... Lehna Sanae .....

Age : .....

Diagnostic : ..... LNH B à grandes cellules .....

Protocole thérapeutique envisagé : ..... Chimiothérapie .....

..... 3e Curo R-DHAX .....

Nombre de jours d'hospitalisation : ..... 05 jours .....

Des modifications, concernant le protocole thérapeutique et/ou le nombre de jour d'hospitalisations, pourraient survenir en fonction de l'évolution de la maladie.

Observations : .....

Veuillez recevoir, cher confrère, mes considérations distinguées.

Fait à Casablanca le ..... 07/05/2020 .....





N° chambre :

(3 Feuilletts à adresser à la compagnie)

**Clause « Protection des données personnelles »**  
Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.  
La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter les obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.  
Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.  
L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.  
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter des données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.  
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, s.n.c 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 05 22 47 40 40 MAROC.  
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.





**SAHAM**  
Assurance

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

**4813287**

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° 0600993038 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 :

**26 086.30 Dhs**  
**(Vingt-six mille quatre-vingt-six Dhs trente Cs)**

Fait à Casablanca, le 11 Mai 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie





Nom patient : LEHMANOAG - Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ANDOL 1G PERFUSI (01)	1	18.80	18.80
ENDOXAN 1G INJEC INJECTA (01)	1	55.90	55.90
GRANOCYTE 34 MUI INJECTA (05)	2	2 881.00	5 762.00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	2	18.00	36.00
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)	1	11 858.00	11 858.00
OKARUBICINE 50MG INJECTA (01)	2	270.00	540.00
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (05)	1	400.00	400.00
VANTEC 10mg COMPRIM (30)(1)	1	1.27	1.27
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>18 671.97</b>
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)	1	62.25	62.25
AIGUILLES 18 G (100)(1)	4	0.38	1.52
AIGUILLES 25G (100)(1)	8	0.38	3.04
BAVETTE BLEU A LACETS (050)(1)	2	1.26	2.52
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15.60	15.60
BETADINE SCRUB 4% 125 ML (001)	1	10.30	10.30
BLOUSE VISISTEUR BLEU (001)	2	18.00	36.00
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)(1)	1	0.52	0.52
CHAMP TROUE 50CM*60CM 6cm/ou (001)	1	15.00	15.00
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	4	10.30	41.20
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)	1	15.00	15.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)	4	1.88	7.52
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	10	0.90	9.00
GLUCOSE 5%100ML POCHE SACHET (50)(1)	1	10.30	10.30
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)	1	15.90	15.90
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)	1	4.50	4.50
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)	2	54.00	108.00
PHARMAFIX 10*10 (001)	1	46.23	46.23
SERINGUE 10CC (100)(1)	2	1.05	2.10
SERINGUE 20 CC (050)(1)	1	2.30	2.30
SERINGUE 1CC 25G*36 (100)(1)	8	0.90	7.20
SERINGUE 50 CC A VIS (025)(1)	2	5.70	11.40
SURCHAUSSURE VERT (100)(1)	2	1.10	2.20
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>429.60</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>19 101.57</b>

**CLINIQUE AL MADINA**

Angle Rue Med. 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 - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire  
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
 Rx Conventiennelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 1538 / 2020 du 14/05/2020

Nom patient : LEHNA SANAA

Entrée 07/05/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 08/05/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE	1.00		429.60	100	429.60
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	20	160.00
			Sous-Total		589.60
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	18 671.97	20	3 734.39
			Sous-Total		3 734.39
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	20	150.00
			Sous-Total		150.00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

QUATRE MILLE QUATRE CENT SOIXANTE-TREIZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-NEUF CEN

Total 4 473.99

Montant total facturé

20 651.57

Montant pris en charge par l'organisme

16 177.58

Montant ticket modérateur à charge du patient

4 473.99

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Méd. Bahi et Rue Mansard  
 Quartier Palmiers - Casablanca  
 Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
 Fax : 05 22 25 00 01