

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.

Biologie 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.

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : S.A.D

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AYAD ABBAS S.A.D

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-052314

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).

Déclaration de Maladie

N° P19-

052314

Optique

Autres

8630 = 31596

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

8630

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 - Béni Hergla - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 : **CHOUKAIRY SAID**

Date de naissance : **16/02/1971**

Adresse : **11, Rue de Vemy, Appart 7 Belvedere, Casablanca**

Tél. : **06 66 13 27 32**

Total des frais engagés : **5 186, 19** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lehna SAMA

Age : **44 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome B 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 : **26/10/2020**

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 : **5186, 19**

Nom de l'adhérent(e) : **Lehna SAMA**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
16.01.2015 Chimio			5186,19	INP : 090006784 Fax: 0522.77.40.49 (L.G) tel: 0522.77.40.49 (L.G) Quitter Permis - Sécurité Angele Rue Med Bachir

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Scans	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratique 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>26525412</td> <td>21422502</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>36755411</td> <td>11485553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>				H		26525412	21422502	00000000	00000000	36755411	11485553	D	G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
26525412	21422502																
00000000	00000000																
36755411	11485553																
D	G																
B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISCA EL RACIÓNI! PEL CRISTIANISME! <http://www.vilavocadecristo.com>

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

F A C T U R E

N° : 1446 A / 2020 du 28/04/2020

CHIMIOTHERAPIE

Nom patient LEHNA SANAA
Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Entrée 16/04/2020
Sortie 17/04/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	800.00
			<i>Sous-Total</i>	800.00
PHARMACIE				
	1.00	PH	22 962.97	22 962.97
			<i>Sous-Total</i>	22 962.97
Total Clinique				23 762.97
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	750.00
			<i>Sous-Total</i>	750.00
Total Autres prestations				750.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT-QUATRE MILLE CINQ CENT DOUZE DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-SEPT CENTIMES

Numématriculation : 0600993038
Affiliation :
Cin :

Adhérent :
N° prise en charge : 4808979 DU 13/04/2020

Total 24 512.97

Part organisme 19 610.38
Part patient 4 902.59

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCIE PALMIERS- CASA

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

CLINIQUE AL MADINA

PEC

Med Bahi et Rue Mansard
partier 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 - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
 Rx Conventionnelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **1446** / **2020** du **28/04/2020**

Nom patient : **LEHNA SANAA** Entrée **16/04/2020**

Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie **17/04/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE	1.00		283.60	100	283.60
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	20	160.00
			Sous-Total		443.60
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	22 962.97	20	4 592.59
			Sous-Total		4 592.59
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	20	150.00
			Sous-Total		150.00

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i> CINQ MILLE CENT QUATRE-VINGT-SIX DIRHAMS DIX-NEUF CENTIMES	Total 5 186.19
--	------------------------------

Montant total facturé **24 796.57**

Montant pris en charge par l'organisme **19 610.38**

Montant ticket modérateur à charge du patient **5 186.19**

CLINIQUE AL MADINA
 Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01 - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr
 Fax: 05 22 25 00 01

Nom patient : LEHNISANAH Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Crève de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 N° Facture 1446 N° Dossier 20160957

Produit	Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de Rx Conventionnelle	Quantité	la Doulour Fix Unitair	Montant
ADRIBLASTINE 50 MG INJECTA (01)		1	302.00	302.00
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 100 MG/10 INJECTA (02)		1	4 929.00	4 929.00
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)		1	11 858.00	11 858.00
VANTEC 10mg COMPRIM (30)(1)		1	1.27	1.27
Sous-Total médicaments				22 962.97
AIGUILLES 18 G (100)(1)		6	0.38	2.28
BETADINE 10% 125ML (001)		1	15.60	15.60
BETADINE SCRUB 4% 125 ML (001)		1	10.30	10.30
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)		4	10.30	41.20
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)		2	15.00	30.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)		4	1.88	7.52
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)		12	0.90	10.80
GANT STERILE 7 (050)(1)		1	6.45	6.45
GLUCOSE 5%100ML POCHE SACHET (50)(1)		1	10.30	10.30
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)		1	15.90	15.90
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)		1	54.00	54.00
PHARMAFIX 10*10 (001)		1	46.23	46.23
ROBINET 3 VOIES (050)(1)		2	5.25	10.50
SERINGUE 10CC (100)(1)		8	1.05	8.40
SERINGUE 20 CC (050)(1)		4	2.30	9.20
SERINGUE 5 CC (100)(1)		6	0.82	4.92
Sous-Total consommable médical				283.60
Total pharmacie				23 246.57

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Méd. Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tel 05 22 77 77 40 849 (L G)
 Fax 05 22 25 00 01

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

4808979

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

LEHNA SANA

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 :

21 928.88 Dhs
(Vingt et un mille neuf cent vingt-huit Dhs quatre-vingt-huit Cs)

Fait à Casablanca, le 13 Avril 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie

