

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.

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.

Maladie chronique :

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

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 052314

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société : 31

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr. A. A. A. A. A.

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 ADHERENT

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- 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 Allal Ben Abdellah - Bâtiment Angèle Ben Mohamed Fakir - Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Fkih El Oujda - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-536996

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 Venny, App't 7 Belvedere, Casa**

Tél. : **066613 27 32** Total des frais engagés : **5186,19** 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 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 : **26/05/2020**

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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) : **5186,19**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
16/04/2021	chimio		5186,19	INP : 090006784

ANGLE RUE MED BAHLEH - CASABLANCA
 Quartier Palmerie - Casablanca
 Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G.)
 Fax: 0522.25.00.01
 CLINIQUE AL MADINA
 FACTURATION

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'ODF

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25000412 01400000 00000000 00000000 D 00000000 00000000 00000000 00000000 G B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 - 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
			Sous-Total	800.00
PHARMACIE	1.00	PH	22 962.97	22 962.97
			Sous-Total	22 962.97
Total Clinique				23 762.97
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	750.00
			Sous-Total	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

Total 24 512.97

Part organisme 19 610.38
Part patient 4 902.59

matriculation : 0600993038

Adhérent

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

Affiliation :

Cin :

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS- CASA

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

CLINIQUE AL MADINA

PEC
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
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur
Rx Conventiennelle - 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

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

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
F1
Angle Rue Med. Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 75 00 01

Nom patient : LEHMAT SANAGA - Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire

Produit	Quantité	Fix Unitaire	Montant
ADRIPLASTINE 50 MG INJECTA (01)	1	302.00	302.00
ANDOL 1G PERFUSI (01)	1	18.80	18.80
ENDOXAN 1G 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
F J
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



SAHAM
Assurance

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 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 :

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



Handwritten signature and initials.