

# 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 - 6ème Etage Angie 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° W19-539996

COMPLAINT

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société :

RAN

Optique  Autres

32382

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom :

CHOUKAIY SAÏD

Date de naissance :

16.02.71

Adresse :

11 Rue de

EL HAJY Appt 7 BELVEDERE

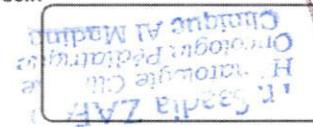
ENSA

Tél. : 06 66 13 27 32

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10.11.2020

Nom et prénom du malade :

LEHTI SANAH

Age : 44 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

COMPLAINT

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 : 07/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-539996

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## 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
08/05/2010	Transfert de do		118,00	INP : 09096784 Hôpital Al Madina Angle Rue Med-Batir et Rue Monsard Quartier Palmiers - Casablanca Tel: 05 22 77 77 40 / 49 (LG) Fax: 05 22 25 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 Cœfficients	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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram showing a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 10. The grid is centered at the origin (0,0) of a coordinate system. The horizontal axis is labeled 'D' and the vertical axis is labeled 'H'. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1 (in parentheses)
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 7: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 8: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 9: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 10: 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT DE EXECUÇÃO

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DUE  
REVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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° **1618** / **2020** du **01/06/2020**

Nom patient : **LEHNA SANA**

Entrée **08/05/2020**

Prise en charge **SAHAM ASSURANCE**

Sortie **08/05/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
<b>PRESTATIONS</b>					
PARAPHARMACIE	1.00		110.05	100	110.05
SEJOUR	1.00	SEJOUR	400.00	20	80.00
			<b>Sous-Total</b>		<b>190.05</b>
<b>PHARMACIE</b>					
PHARMACIE	1.00	PH	54.80	20	10.96
			<b>Sous-Total</b>		<b>10.96</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	1.00	K	200.00	20	40.00
			<b>Sous-Total</b>		<b>40.00</b>
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00	SANG	885.00	20	177.00
			<b>Sous-Total</b>		<b>177.00</b>

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

QUATRE CENT DIX-HUIT DIRHAMS UN CENTIMES

**Total 418.01**

**Montant total facturé**

**1 649.85**

*Montant pris en charge par l'organisme*

**1 231.84**

*Montant ticket modérateur à charge du patient*

**418.01**

**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

# CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

ANNEXE PHARMACIE

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie

Nom patient CLINIQUE AL MADINA No Facture 618 Date 20/07/2022

Crise de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobopathie - Déficit Immunitaire

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventionnelle - Echographie

Produit Quantité Prix Unitair Montant

ANDOL 1G PERFUSI (01) 1 18.80 18.80

HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01) 2 18.00 36.00

**54.80**

**Sous-Total médicaments**

AIGUILLES 25G (100)(1) 1 0.38 0.38

BETADINE 10% 125ML (001) 1 15.60 15.60

CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1) 2 10.30 20.60

COMPRESSE STERILE 7.5\*7. (200)(1) 4 1.88 7.52

GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S. (100)(1) 6 0.90 5.40

INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1) 1 4.50 4.50

PHARMAFIX 10\*10 (001) 1 46.23 46.23

SERINGUE 5 CC (100)(1) 1 0.82 0.82

TRANSFUSEUR (001) 1 9.00 9.00

**110.05**

**Sous-Total consommable médical**

**Total pharmacie** 164.85

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

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

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

## FACTURE

N° : 1618 A / 2020 du 01/06/2020

### TRANSFUSION

Nom patient LEHNA SANAA

Entrée 08/05/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 08/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00	SEJOUR	400.00	400.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>400.00</i>
PHARMACIE				
	1.00	PH	54.80	54.80
			<i>Sous-Total</i>	<i>54.80</i>
Total Clinique				454.80
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	1.00	K	200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>200.00</i>
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00	SANG	885.00	885.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>885.00</i>
Total Autres prestations				1 085.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENT TRENTÉ-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEPT CENTIMES	TEL: 05 22 43 56 00 - FAX : 05 22 43 56 01	SUPPORT INFORMATIQUE SAINT OMERTE AEA	Total 1 539.80
Immatrication :	Adhérent :	LEHNA SANAA	
Affiliation :	N° prise en charge :	4813283 DU 18/05/2020	
Cin :		216, Bd. ZERKOUNI CASA	

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCIE PALMIERS- CASA

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

Signature



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE  
Annule et remplace

4813283

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 :

1 231.84 Dhs  
(Mille deux cent trente et un Dhs quatre-vingt-quatre Cs)

Fait à Casablanca, le 18 Mai 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie

