

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-539996

COMPLÉMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : RAN 32312

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKAIRY SAID

Date de naissance :

16.02.71

Adresse :

11 Rue de Vigny Apt 7 BELVEDERE

CASA

Tél. :

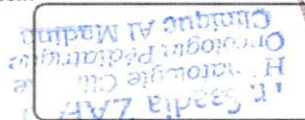
06 66 13 27 32

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

LEHM SAMAR

Nom et prénom du malade :

Age : 48 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

COMPLÉMENT

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 :

02/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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).

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 - 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

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
08/05/20	Travaux dentaires	1/18, 2/18		INP : 090096784 CLINIQUE AL MADINA Angle Rue Med-Bahet et Rue Mansard Quartier Palmiers - Casablanca Tél: 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 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 prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

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

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiionnelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 1618 / 2020 du 01/06/2020

Nom patient : LEHNA SANAA

Entrée 08/05/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 08/05/2020

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

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 Bahet 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

مصلحة المدينة

مركز أمراض الدم والأكلوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie N° Facture 1618 20E071232			
Nom patient : LEHNA SANAN Centre de Pratique Osseuse - Hémophilie - Hémogloblinopathie - Déficit Immunitaire			
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiennelle - Echographie			
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ANDOL 1G PERFUSI (01)	1	18.80	18.80
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	2	18.00	36.00
Sous-Total médicaments			54.80
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
Sous-Total consommable médical			110.05
Total pharmacie			164.85

CLINIQUE AL MADINA

PEQ

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

مصلحة المدينة
مركز أمراض الدم والأورام

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

F A C T U R E

N° : 1618 A / 2020 du 01/06/2020

TRANSFUSION

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

Entrée 08/05/2020
Sortie 08/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00	SEJOUR	400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
PHARMACIE	1.00	PH	54.80	54.80
			Sous-Total	54.80
Total Clinique				454.80

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	1.00	K	200.00	200.00
			Sous-Total	200.00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00	SANG	885.00	885.00
			Sous-Total	885.00
Total Autres prestations				1 085.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENT TRENTE-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGTS CENTIMES

Immatriculation :
Affiliation :
Cin :

Adhérent :

N° prise en charge : 4813283 DU 18/05/2020

LEHNA SANAA

216, Bd. Zerkouni CASA

SAHAM Assurance

Total 1 539.80

Part organisme 1 231.84
Part patient 307.96

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS - CASA

CLINIQUE AL MADINA

PEC

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

Capital de 2.500.000,00 Dh Siège Social : Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 06 62 54 23 07 - Fax : 05 22 23 06 66 - E-mail : secretariat hematologie@gmail.com
I.F. N° 1007171 - R.C. N° 407991 - Taxe Professionnelle N° 34782425 - C.N.S.S. N° 7582358 - ICE N° 001630200000096



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

