

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.



Déclaration de Maladie

3230
N° W19-539998

COMPLAINT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKAIRY SAID

Date de naissance :

16.02.71

Adresse :

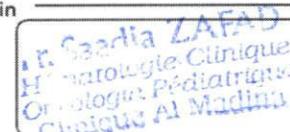
11 Rue de VENY APP 7.
BEN YOUSSEF CASA

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



COMPLAINT

Date de consultation :

LÉHNA SAWA

Age: 44 ans.

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Lymphome.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



10.01.2020
Le : 07/07/20

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-539998

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).

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

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
28/05/20 Chemicotherapie			110.000	INP : 090006789 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

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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F -
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventionnelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **1649** / **2020** du **03/06/2020**

Nom patient : **LEHNA SANA** Entrée **28/05/2020**

Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie **29/05/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	20	160.00
PARAPHARMACIE	1.00		427.37	100	427.37
		Sous-Total			587.37
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	18 318.70	20	3 663.74
		Sous-Total			3 663.74
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> QUATRE MILLE QUATRE CENT UN DIRHAMS ONZE CENTIMES	Total 4 401.11
---	------------------------------

Montant total facturé **20 296.07**

Montant pris en charge par l'organisme **15 894.96**

Montant ticket modérateur à charge du patient **4 401.11**

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

ANNEXE PHARMACIE

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie

Nom patient LEINA MADINA Hérite de Moelle Osseuse - Hémophilie N° Facture 101910 N° E281138

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

Produit	Quantité	Prix Unitair	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)	1	2 881.00	2 881.00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	2	18.00	36.00
MABTHERA 100 MG/10 INJECTA (02)	3	4 929.00	14 787.00
OKARUBICINE 50MG INJECTA (01)	2	270.00	540.00
Sous-Total médicaments			18 318.70
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)	1	62.25	62.25
AIGUILLES 18 G (100)(1)	4	0.38	1.52
BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)	2	3.00	6.00
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15.60	15.60
BETADINE SCRUB 4% 125 ML (001)	1	10.30	10.30
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)	2	15.00	30.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)	6	1.88	11.28
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	12	0.90	10.80
GANT STERILE 7.5 (050)(1)	1	6.45	6.45
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)	1	15.90	15.90
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)	2	54.00	108.00
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)	1	2.30	2.30
SERINGUE 5 CC (100)(1)	6	0.82	4.92
SERINGUE 50CC BD (060)(1)	2	9.00	18.00
SURCHAUSSURE VERT (100)(1)	2	1.10	2.20
Sous-Total consommable médical			427.37
Total pharmacie			18 746.07

CLINIQUE AL MADINA
REC

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 - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventionnelle - Echographie

FACTURE

N° : 1649 A / 2020 du 03/06/2020

CHIMIOTHERAPIE

Nom patient LEHNA SANAA
Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Entrée 28/05/2020
Sortie 29/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	800.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>800.00</i>
PHARMACIE	1.00	PH	18 318.70	18 318.70
			<i>Sous-Total</i>	<i>18 318.70</i>
			Total Clinique	19 118.70
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	375.00	750.00
			<i>Sous-Total</i>	<i>750.00</i>
			Total Autres prestations	750.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DIX-NEUF MILLE HUIT CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES	17 JUIN 2020			
Immatriculation : 0600993038	Adhérent : LEHNA SANAA	Assurance : SAHAM	Total	19 868.70
Affiliation : Cin :	N° prise en charge : 4813267 DU11/05/2020		Part organisme	15 894.96
			Part patient	3 973.74

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCIE PALMIERS- CASA

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
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



SAHAM
Assurance

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

4813267

Nous soussignées, COMPAGNIE SAHAM ASSURANCE, sise au 216 Bd ZERKOUNI
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)

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

Pour la compagnie



S-
11.6
100