

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-539998

COMPLÉMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : RAN.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKAIRY SAID

Date de naissance : 16.08.71

Adresse : 11 Rue de VENY APP 7

BELVEDERE CASA

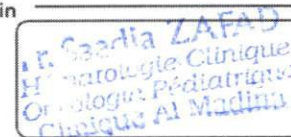
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



COMPLÉMENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LEINA SAMIA

Age : 4 ans

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 : CASA

Le : 07/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
	9/10/20	Chimiothérapie	11000 MM	INP : 09000 678
				CLINIQUE AL MADINA
				PEC
				Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard
				Quartier Palmiers - Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
PEC

Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 & 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

[illegible][illegible][illegible]

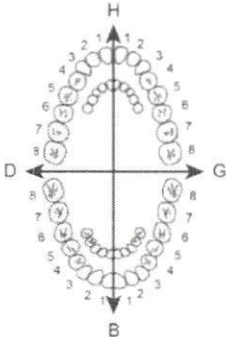
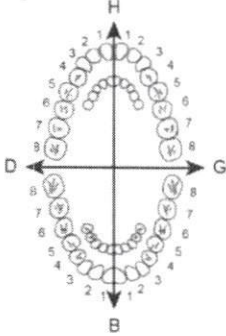
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE 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 Conventiennelle - Echographie

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

Nom patient : LEHNA SANAA

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

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

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

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie N° Facture 1648 20E281138			
N° Patient 1648 20E281138			
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiennelle - Echographie			
Produit	Quantité	Prix Unitaire	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 Mohamed 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

مصلحة المدينة
مركز أمراض الدم والأورولوجيا

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

F A C T U R E

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
			Sous-Total	800.00
PHARMACIE	1.00	PH	18 318.70	18 318.70
			Sous-Total	18 318.70
Total Clinique				19 118.70

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 :

DIX-NEUF MILLE HUIT CENT SOIXANTE-HUIT DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES

Total 19 868.70

Immatriculation : 0600993038

Adhérent :

LEHNA SANAA

N° prise en charge : 4813267 DU11/05/2020

Affiliation
Cin

Part organisme 15 894.96
Part patient 3 973.74

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS- CASA

CLINIQUE AL MADINA

PÉC

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

PÉC

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

SARL Au 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
R.C. N° 1007171 - R.C. N° 407991 - Taxe Professionnelle N° 34782425 - C.N.S.S. N° 7582358 - ICE N° 001630200000096



SAHAM
Assurance

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

4813267

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 :

26 086.30 Dhs
(Vingt-six mille quatre-vingt-six Dhs trente Cs)

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

Pour la compagnie



Handwritten signature and initials.