

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-540030

☒ 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 : 16.02.71

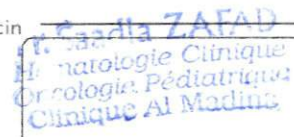
Adresse : 11 Rue de VENEY Apt 7

BAH VEZAR CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LETHIA SAHAT

Age : 44 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 : CASABLANCA le : 07.07.20

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-540030

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
18/06/20	Chimiothérapie		7871,72	INP : 090006784 CLINIQUE AL MADINA PEC Angle Rue Med Bahl et Rue Monsard Quartier Palmiers - Casablanca Tél. 05 22 22 22 40 à 49 (L.G.)

Angle Rue Med Bahiet Rue Monsard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 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.

LES 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.

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 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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'ODF.

INP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SAHAM
Assurance

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

4826367

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° 1000992490 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 :

32 231.04 Dhs

(Trente-deux mille deux cent trente et un Dhs quatre Cs)

Fait à Casablanca, le 24 Juin 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



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

F A C T U R E

N° : 1995 A/ 2020 du 03/07/2020

CHIMIOThERAPIE

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

Entrée 18/06/2020
Sortie 22/06/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	5.00	SEJOUR	400.00	2 000.00
			Sous-Total	2 000.00
PHARMACIE	1.00	PH	27 541.60	27 541.60
			Sous-Total	27 541.60
Total Clinique				29 541.60

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00		375.00	1 875.00
			Sous-Total	1 875.00
Total Autres prestations				1 875.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TRENTE ET UN MILLE QUATRE CENT SEIZE DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES

Total 31 416.60

Immatriculation : Adhérent : LEHNA SANAA
Affiliation : N° prise en charge : 4826367 DU 30/06/2020
Cin :

Part organisme 25 133.28
Part patient 6 283.32

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS- CASA

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

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

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie Créne de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire			
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiennelle - Echographie			
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUCARB 150 MG PERFUSI (01)	4	271.00	1 084.00
ANDOL 1G PERFUSI (01)	2	18.80	37.60
ETOPOSIDE MYLAN 20MG/5ML INJECTA (10)	1	734.00	734.00
GRANOCYTE 34 MUI INJECTA (05)	2	2 881.00	5 762.00
HOLOXAN 2G INJECTA (01)	3	549.00	1 647.00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	1	18.00	18.00
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
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (05)	2	400.00	800.00
UROMITEXAN 400 M INJECT INJECTA (15)	3	224.00	672.00
Sous-Total médicaments			27 541.60
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)	1	62.25	62.25
AIGUILLES 18 G (100)(1)	10	0.38	3.80
BANDELETTE UROCOLOR 5k ASS (100)	1	189.00	189.00
BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)	4	3.00	12.00
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15.60	15.60
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)(1)	4	0.52	2.08
CHAMP TROUE 50CM*60CM 6cm/ou (001)	1	15.00	15.00
CHLOR-SODIUM ISO 0,9% 500M FLACON (12(1)	3	18.67	56.01
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	2	10.30	20.60
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)	26	15.00	390.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)	8	1.88	15.04
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	32	0.90	28.80
GANT STERILE 7.5 (050)(1)	1	6.45	6.45
GLUCONATE DE CA 10%1G 10ML I (050)(1)	20	3.63	72.60
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)	12	15.90	190.80
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)	3	54.00	162.00
PHARMAFIX 20*10 CM PAQUET (01)	1	54.00	54.00
POTASSIUM CHLORU 10 INJECTA (100)(1)	20	2.80	56.00
PROLONGATEUR BD 1.5M (100)(1)	1	14.40	14.40
ROBINET 3 VOIES (050)(1)	2	5.25	10.50
SERINGUE 10CC (100)(1)	40	1.05	42.00
SERINGUE 20 CC (050)(1)	12	2.30	27.60
SERINGUE 5 CC (100)(1)	16	0.82	13.12
SERINGUE 1CC 25G*16 (100)(1)	8	0.90	7.20
SODIUM CHLORURE INJECTA (100)(1)	40	2.80	112.00
SURCHAUSSURE BLEU (100)(1)	8	1.20	9.60
Sous-Total consommable médical			1 588.45
Total pharmacie			29 130.05

CLINIQUE AL MADINA

P.E.C

Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 23 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° 1995 / 2020 du 03/07/2020

Nom patient : LEHNA SANAA

Entrée 18/06/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 22/06/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE SEJOUR	1.00		1 588.45	100	1 588.45
	5.00	SEJOUR	400.00	20	400.00
			Sous-Total		1 988.45
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	27 541.60	20	5 508.32
			Sous-Total		5 508.32
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00		375.00	20	375.00
			Sous-Total		375.00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SEPT MILLE HUIT CENT SOIXANTE ET ONZE DIRHAMS SOIXANTE-DIX-SEPT CENTIMES

Total 7 871.77

Montant total facturé

33 005.05

Montant pris en charge par l'organisme

25 133.28

Montant ticket modérateur à charge du patient

7 871.77

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