

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19- 063978

ND: 34412

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3140**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0673744333**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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) :

Le : **23/07/2020**



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Sur les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

ou comportant un ou plusieurs échelons

au fil du temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.

Complément

DATE DE DÉPÔT



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AÉROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 592053

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : BENHIMA Hassan  
Matricule : 3140 Fonction : Retraité Poste : RAM  
Adresse : 140 Rue de la Réunion, Bagage Casa  
Tél. : 0673744333 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Benhima Saloua Age : 60  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 07/03/2020

Nature de la maladie : Déces

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A : Cesay, le : 11/04/20 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHÉRENT

#### DECLARATION

592053

**MUPRAS**

Matricule N° : 3140

Nom du patient : BENHIMA

Date de dépôt : 10/03/2020, 15 DH

Montant engagé

Nombre de pièces jointes : Prise en charge STHW



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'ETAT

**COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION**

<b>Nom :</b> DEMNI	<b>Prénoms :</b> Saloua Epouse Benhima	<b>Date de naissance :</b> 01/03/1958
<b>CIN N° :</b> A55939	<b>Ville :</b> Casablanca	<b>Chambres :</b> L3 -23

**Diagnostic d'entrée/diagnostic de sortie**

CIM 10 : Trouble bipolaire

**Evolution dans le service**

Patiente hospitalisée pour maladie bipolaire en décompensation mixte ayant répondu très lentement à la prise en charge

**Explorations para-cliniques**

- Faits :
  - Bilans sanguin
  - ECG
  - Rx face
  - Echographie abdominale

**Projet de suivi à sa sortie**

- La patiente va être suivie par le Docteur TYAL, en cabinet privé.

<b>Médicaments prescrits pendant hospitalisation</b>	<b>Médicaments prescrits à la sortie</b>
ALPRAZ 1 MG	TERALITHE 250 MG
AUGMENTIN 1 G	MEDIZAPIN 10 MG
DUPHALAC SACHET (20)	SEROQUEL 100 MG
FERPLEX 40 MG	TUNELUZ 20 MG
IPP 20MGINEXIUM 20 MG	
MEDIZAPIN 10 MG (10)	
MEDIZAPIN 10 MG (30) MYCODERME 40 MG	
QUETIAPHI SP 150 MG (30)	
QUETIAPHI LP 150 MG (30)(1)	
SEROQUEL 100 MG (60)	
STILNOX 10 MG	
TERALITHE 250 MG	
TOBRADEX COLLYRE	
TOBREX COLLYRE	
TUNELUZ 20 MG (20)	
VOGALENE SIROP	
VOGALENE SUPPO	
ZETALAX SOLUTION	
BETADINE MOUSS G/F	

<b>Admission</b>	<b>Sortie</b>
Médecin ayant fait l'admission : Dr. TYAL	Médecin ayant fait la sortie : Dr. TYAL M. Hachem <b>PSYCHIATRE</b> Clinique villa des lilas 88-90 Bd. de L'Oasis - Casablanca Tél : +212 522 776 671 - Fax : +212 522 255 200
Médecin ayant assuré le suivi : Dr. TYAL	Signature et cachet :
Date et heure d'admission : le 07/03/2020 à 14H31	Date et heure de sortie : le 15/04/2020 à 10H40

## F A C T U R E

ICE: N° : 135 / 2020 du 15/04/2020

Médecin traitant : DR. TYAL HACHEM

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
<b>Mme DEMNI SALOUA</b>	<b>OCP CASABLANCA</b>	<b>07/03/20 15/04/20</b>	
Nom Adhérent : Demni Saloua	Matricule : 588319098	N° Affiliation : A55939	N° Prise en charge : OCP SAHAM Mois mars 2020

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE PSYCHIATRIQUE OCP		39,00	1 300,00	50 700,00
ECG	K30	1,00	100,00	100,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>50 800,00</b>
PHARMACIE		1,00	3 558,73	3 558,73
PARAPHARMACIE		1,00	92,00	92,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>3 650,73</b>
			<b>Total clinique</b>	<b>54 450,73</b>

DR. BAROUTI Ouahid (réanimateur)	12C2+&grtt	16,00	300,00	4 800,00
DR. BENHAYOUN KAMAL (gastro)	V2	2,00	200,00	400,00
DR. BENMIMOUN MOSTAFA (médecine interne)	V2	2,00	200,00	400,00
DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmologue)	C2	1,00	300,00	300,00
DR. SKALLI SAID (dermatologue)	V2	2,00	250,00	500,00
DR. TYAL HACHEM (psychiatre)	V3K15	40,00	600,00	24 000,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>30 400,00</b>
			<b>Total autres prestations</b>	<b>30 400,00</b>

Arrêtée à la somme de :	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>84 850,73</b>
QUATRE VINGT-QUATRE MILLE HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS SOIXANTE-TREIZE CENTIMES		

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	Part organisme	84 758,73
232,00	18 246,22	18 478,22	66 372,51	Part adhérent	92,00

CDM, Ag. Emile Zola, N°: 02178000005003027127569


  
 Clinique  
**VILLA des LILAS**  
 Bd. de l'Oasis Casablanca  
 Tél: +212 522 77 66 66  
 Fax: +212 522 25 52 00



# CLINIQUE VILLA DES LILAS

Casablanca

## Reçu global de caisse

08/07/2020

Numéro dossier	Nom du patient	
0C071431	DEMNI SALOUA	

Mode paiement	Date encaissement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	15/04/2020		232,00
Chèque	23/04/2020	DemniSouad/CDM/190 7322580	10 230,15
Chèque	19/05/2020	OCP SAHAM BMCI BAL 1059238	8 016,07
		Total payé	18 478,22

*clinique  
VILLA des LILAS  
Bd. de l'Oasis Casablanca  
Tél : +212 942 766 66  
Fax : +212 521 852 00*

CLINIQUE VILLA DES LILAS

Casablanca

29/06/2020

Reçu global de caisse

Numéro dossier	Nom du patient	
0C071431	DEMNI SALOUA	

Mode paiement	Date encaissement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	15/04/2020		232,00
Chèque	23/04/2020	DemniSouad/CDM/190 7322580	10 230,15
Chèque	19/05/2020	OCP SAHAM BMCI BAL 1059238	8 016,07
		Total payé	
		18 478,22	

*Clinique  
VILLA DES LILAS  
Bd. de l'Oasis Casablanca  
Tél: +212 522 77 06 66  
Fax: +212 522 25 52 00*

Le 20/04/2020  
CLINIQUE VILLA LILLAS  
88 ET 90 BOULEVARD DE L'OASIS  
CASABLANCA

SERVICE ASSURANCE MALADIE DE BASE ET COMPLEMENTAIRE

CONTRACTANT : OCP BASE MALADE : LUI MEME

ADHERENT : DEMNI SALOUA

DATE DE NAISSANCE : 1/03/1958

N° OCP/RCAR : 5883190980

LIEN : LUI MEME

N° F.S : 17598964

DETAIL DE LA PRISE EN CHARGE (modalités de facturation)

Messieurs

Faisant suite à votre demande de prise en charge du 15/04/2020 concernant les frais d'hospitalisation de l'assuré(e) cité(e) en rubrique, nous vous notifions notre accord pour le règlement de ces frais à concurrence d'un montant total de: 74620,58 DH  
La part restante à la charge du bénéficiaire est de: \*00010230,15 DH

Selon les modalités suivantes:

Montant pris en charge par Saham assurance pour le compte OCP S.A (Montant 1):  
66604,51 Dh

Montant pris en charge en complément par Saham assurance (Montant 2):  
8016,07 Dh

Les montants pris en charge sont détaillés comme suit:

*Code 'Prestations 'NB '	'Coeff '	'Montant	'Montant Saham assu'	'Mt complément'	*		
*	*	*	'total devis'	'pour compte OCP SA'	'Saham assuran'	Total	*
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	*
*128 'forfait glob' 669'	39,00'	66690,00	60021,00	6669,00	66690,00*	*	*
*624 'CONS SPEC.NU' 23'	23,00'	4910,00	3928,00	982,00	4910,00*	*	*
*900 'PHARMACIE	1'	1,00'	3650,73	2555,51	365,07	2920,58*	*
*950 'E.C.G	1'	1,00'	100,00	100,00		100,00*	*
*Total		84850,73	66604,51	8016,07	74620,58*		*

Nous vous prions de bien vouloir nous adresser impérativement, deux factures libellées comme suit:

- Pour le montant (1) : Saham assurance pour le compte de l'OCP
- Pour le montant (2) : Au nom de Saham assurance

Les règlements interviendront sur présentation des deux factures (en trois exemplaires) accompagnées des vignettes et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques (si hospitalisation médicale ou acte chirurgical non forfaitisé), des notes d'honoraires et des et des résultats des examens et radios effectués, du compte rendu d'hospitalisation, de la copie CIN du bénéficiaire si applicable, de la copie Carte RCAR ou badge OCP ainsi que de l'originale de la prise en charge portant cachet Saham assurance

N.B: Les factures devront nous être adressées dans un délai d'un mois à partir de la fin des prestations, accompagnées du présent document.

Nous vous en remercions et vous prions d'agrémenter, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

LA DIRECTION

