

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie ND: 34413
N° W19-539138

Complément

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3140**

Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : **BENTHIMA Hasssan**

Date de naissance : **05/11/56**

Adresse : **40 Rue de la Réanin Bouzaguez EAST**

Tél. : **0613744333**

Total des frais engagés :

Société : **RAM**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IYAL M. Hachem
PSYCHIATRE
Clinique villa des Ilias
88-90 Bd. de L'Oasis - Casablanca
Tél : +212 52 776 677 - FAX : +212 52 255 200

DEMNI SALOUA

Dr. IYAL M. Hachem
PSYCHIATRE
Clinique villa des Ilias
88-90 Bd. de L'Oasis - Casablanca
Tél : +212 52 776 677 - FAX : +212 52 255 200

MUPRAS

23 JUL 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **DEMNI SALOUA**

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint**

Nature de la maladie : **DEPRESSION**

En cas d'accident précisez les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires pour le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **ACCUEIL**

Signature de l'adhérent(e)

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
08/06/2020	Hospitalisation			INP : 11111111
Dr. YAHIAI	du 21/04/20 au 08/06/20			
PSYCHIATRE	11497,00 Dhs			
CURIQUE	(Signature)			
14.2123371887-FAX: +212522255200	EXECUTION DES ORDONNANCES	Date	Montant de la Facture	
Cabinet de l'Ass. des Dts				

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
	25533412 21433552
	00000000 00000000
D	00000000 00000000
	35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTES

F A C T U R E

ICE: N° : 183 / 2020 du 08/06/2020

Médecin traitant : DR. TYAL HACHEM

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme DEMNI SALOUA	OCP CASABLANCA		21/04/20 08/06/20
Nom Adhérent : Elle-même	Matricule : 588319098	N° Affiliation : 01 03/1958	N° Prise en charge : A55939 OCP SAHAM mois 04/2020

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE PSYCHIATRIQUE OCP		48,00	1 300,00	62 400,00
			Sous/Total	62 400,00
PHARMACIE		1,00	2 785,48	2 785,48
			Sous/Total	2 785,48
Total clinique				65 185,48

DR. BAROUTI Ouahid (réanimateur)	C2	16,00	300,00	4 800,00
DR. TYAL HACHEM (psychiatre)	V3K15	49,00	600,00	29 400,00
Sous/Total				34 200,00
Total autres prestations				34 200,00

Arrêtée à la somme de : QUATRE-VINGT-DIX-NEUF MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGT-CINQ DIRHAMS QUARANTE-HUIT CENTIMES	TOTAL GENERAL	99 385,48		
Encaissé espèce HassanBenhima/AWB/564922	Encaissé chèque 11 497,10	Total 11 497,10	Solde 87 888,38	Part organisme Part adhérent 99 385,48

CDM, Ag. Emile Zola, N°: 021780000005003027127569

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





SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

Le 6/07/2020
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 : 17570222

DETAIL DE LA PRISE EN CHARGE (modalités de facturation)

Messieurs

Faisant suite à votre demande de prise en charge du 22/04/2020 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: 87888,38 DH
La part restante à la charge du bénéficiaire est de: *00011497,10 DH
Selon les modalités suivantes:

- . Montant pris en charge par Saham assurance pour le compte OCP S.A (Montant 1): 78685,83 Dh
- . Montant pris en charge en complément par Saham assurance (Montant 2): 9202,55 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'823'	48,00'	82080,00	73872,00	8208,00 82080,00
624 'CONS SPEC.NU'	17'	17,00'	3580,00	2864,00 716,00 3580,00
900 'PHARMACIE	' 1'	1,00'	2785,48	1949,83 278,55 2228,38
Total			99385,48	78685,83 9202,55 87888,38

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



DUPLICATA

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

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

Diagnostic d'entrée/diagnostic de sortie

CIM 10 : Trouble bipolaire

Evolution dans le service

Patiante hospitalisée pour une rechute de maladie bipolaire en décompensation mixte ayant nécessité une longue hospitalisation avec retour à un fonctionnement adapté autorisant son retour à domicile avec suivi rapproché.

Explorations para-cliniques

Faits : -Bilans sanguin

Projet de suivi à sa sortie

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

Médicaments prescrits pendant hospitalisation	Médicaments prescrits à la sortie
ALPRAZ 0.5MG CMP	TERALITHE 250MG CMP
DEPAKINE CR500MG CMP	TUNELUZ 20MG GELULE
DOLIPRANE 1G CMP	ALPRAZ 0.5MG CMP
FERPLEX 40MG AMP VUB	DEPAKINE 500MG CMP
HIP 20MG GELULE	MEDIZAPIN 10MG CMP
INEXIUM 20MG CMP	STILNOX 10MG CMP
MEDIZAPIN 10MG CMP	
MEDIZAPIN 5MG CMP	
MYCOPERM 40MG CREME	
NOVA FIX CREME	
OEDES 20MG GELULE	
PROFENID 100 MG SUPP	
SEROQUEL 100MG CMP	
STILNOX 10MG CMP	
TUNELUZ 20MG CMP	
VOLTAREN GEL	

Admission

Médecin ayant fait l'admission : Dr. TYAL

Médecin ayant assuré le suivi : Dr. TYAL

Date et heure d'admission : le 21/04/2020 à 17H10

Sortie

Médecin ayant fait la sortie : Dr. TYAL

Signature et cachet :

Date et heure de sortie : le 08/06/2020 à 10H26

Dr. TYAL M. Hachem

PSYCHIATRE

Clinique Villa des Lilas
Tél : +212 522 776 871 - Fax : +212 522 255 200



CLINIQUE VILLA DES LILAS**Casablanca****Reçu global de caisse**

09/07/2020

Numéro dossier	Nom du patient	
0D211701	DEMNI SALOUA	

Mode paiement	Date encaissement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	09/07/2020	HassanBennima/AWB/564922	11 497,10
		Total payé	11 497,10

*Clinique
VILLA des LILAS
Bd. de l'Oasis Casablanca
Tel: +212 32 25 52 00
Fax: +212 32 25 52 00*