

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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'Horod - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-766257

134066

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	12658	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZEKRI Hicham		
Date de naissance : 19/07/1988		
Adresse : Bouzkaoui Golf City Villa 409		
Tél. :	0663285616	Total des frais engagés : 1 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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-plconfidentiel 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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP :

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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la **deut** 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'OPF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	21433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom de la clinique :		Code F.M.S.A.R. :	
Adresse :	clinique CHAYNAE 52, Boulevard Mohammed V Casablanca Tél. 0522 36 61 11	Dossier médical N° :	
Tél. :	Fax :	N° chambre :	

Dossier de prise en charge

(3 Feuillets à adresser à la compagnie d'assurance)

A remplir par l'employeur

Identité :	N° de police
CARTASOLUTIONS PROCESSING SERVICES SARL au 4, Rue Molière -Casablanca	0600999179
Assuré(e) Nom & prénom(s) :	SIBA CHAYMAE
Malade Nom & prénom(s) :	SIBA CHAYMAE
Lien de parenté :	
Date de naissance	10/10/1989

A remplir par la clinique ou polyclinique

Nom & prénom(s) du malade	SIIBA CHAYMAE
N° C.I.N ou autres (à préciser) :	
Service d'hospitalisation :	Natante
Médecin traitant :	Dr Hammouche
Motif d'hospitalisation (actes) :	Voir pli confidentiel
Date d'hospitalisation	10/10/2012
En urgence le	
ou prévue le	10/10/2012
Nbre de pièce(s) jointe(s)	1
dont certificat médical confidentiel obligatoire	

Réserve à l'assureur

Sinistre N°	
Avis technique du médecin conseil	
<input type="checkbox"/> Favorable / Accord du	
<input type="checkbox"/> Défavorable / Motif	
<input type="checkbox"/> Réserves	
Signature et cachet de l'Assureur	Cachet réception

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Durée probable	Frais de séjour	Nombre de jours	P.U	Total H.T
	Séjour normal	03	400 Rev	
	Soins intensifs ⁽¹⁾			
	Réanimation ⁽¹⁾			
	Couveuse			

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			

Consultations

1000x30 3000

Actes médicaux

1000x30 3000

Actes chirurgicaux

1000x30 3000

Anesthésie

1000x30 3000

Bloc opératoire / salle d'accouchement

1000x30 3000

Surveillance réanimation

Surveillance médicale ⁽²⁾

Examens (Détaillés)

Radiologie (standard. IRM. scanner. écho...)

Biologie

Autres (anapathé. ECG. EEG. Fibro. Colono...)

Lithotripsie ⁽³⁾

Dialyses

Fournitures

Pharmacie

1000x30 3000

Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)

Estimation de l'Assureur

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

ASSURANCE
ASSURANCE
ASSURANCE

Total estimé de la prise en charge	
Part du malade	

Montant pris en charge (en lettres)

Visa et cachet de la clinique

Important



DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

RPQ_AGENT_NAME

Police N°	: 0600999179	Contractante	: Carta Solutions Processing Services
Assuré	: Chaymae Siba	Date de réception de la déclaration	: 13/07/2022
N° Adhésion	: 31	Date de validation	: 31/08/2022
Personne soignée	: Chaymae Siba	Date de survenance	: 02/07/2022
Sinistre N°	: 5356702	Déclaration N°	: F5243/2022
Bordereau N°	: 857237	Médecin Traitant	: MEDECIN DIVERS
Intermédiaire	: 10348 BEASSUR SARL		

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)=(a)*(b)
CESARIENNE	9 700.00	NA	NA	9 700.00	NA	85.00 %	8 245.00
Totaux	9 700.00			9 700.00			8 245.00

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

Nom du gestionnaire : SAIL KHADIJA

Date de l'édition : 31/08/2022

- a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.
 Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
 c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI

TEL 0522 36 74 05

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 5 243 / 2022 du 04/07/2022

Nom patient : **SIBA CHAYMAA**

Entrée 02/07/2022

Prise en charge : **SAHAM**

Sortie 04/07/2022

N° prise en charge

Total ticket modérateur

7 995,00

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

090003054



F A C T U R E

N° : 5243 / 2022 du 04/07/2022

Nom patient SIBA CHAYMAA

Entrée 02/07/2022

Prise en charge SAHAM

Sortie 04/07/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-CHAMBRE MINI SUITE	2,00		3 000,00	6 000,00
K100	1,00		9 300,00	9 300,00
BIOLOGIE-GLAB	1,00		500,00	500,00
				Sous-Total 15 800,00
Total Clinique				15 800,00
DR. EL HOUARI MOHAMED (pédiatre)	1,00		600,00	600,00
				Sous-Total 600,00
Total Autres prestations				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEIZE MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 16 400,00

Immatriculation :	Adhérent :	Part organisme	7 905,00
Affiliation :	N° prise en charge :	Part patient	8 495,00

CLINIQUE GHANDI
54 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

5356702

Nous soussignées, COMPAGNIE SANLAM ASSURANCE, sise au 216 Bd ZERKTOUNI CASABLANCA MAROC, nous engageons à nous substituer à :

SIBA CHAYMAE

Assuré dans le cadre de la Police N° 0600999179 Adhésion 31 / CARTA SOLUTIONS PROCESSING SERVICES afin de régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation à la **CLINIQUE GHANDI**.

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 opératoire, et ce à concurrence de 85% des frais engagés, sans toutefois dépasser la contre-valeur en dhs de :

**8 245.00 Dhs
(Huit mille deux cent quarante-cinq Dhs)**

Fait à Casablanca, le 30 juin 2022 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



الدكتورة ليلا حموي شوقي
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص والجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
من اليأس
العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 21.06.2022
Mme/Mlle : SIBA CHAUDET

الدار المحيط في



Pli confidencial.

Conseil
futurs accouchements
chez Docteur
Hamoumi

3254 + 5 / 6 02/07/2022

60 زنقة نابليون الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الصلوبيضاء

60, Rue Nablousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54