

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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0048189

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société : A75883
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA
Date de naissance :
Adresse : Rés. Raoud El Azhar, Rue Ibnou Hazem
Apt B 102 Maârif Extension Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
P.E.C

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 20 SEP. 2023

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 : 20 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

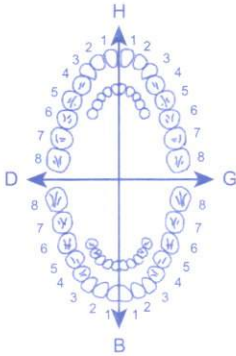
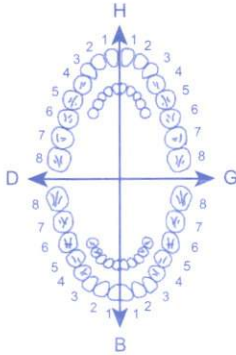
[illegible]

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															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chambre n° : _____ Docteur médical n° : _____

	N° de police
	N° d'affiliation
	Lien de parenté

A remplir par la clinique	
Nom & prénom du malade	KABBAG MONATIBD HSC
N° CIN ou autres (à préciser)	G 8130
Service d'hospitalisation	Neurologie
Médecin traitant	Dr. BOU DANE
Motif d'hospitalisation (actes)	Voir b ph. C-joint
Date d'hospitalisation	
En urgence le ou prévue le	
Nbre de pièces jointes	
Dont certificat médical confidentiel obligatoire	

Réservé à l'assureur	
Avis technique du médecin conseil ⁽⁴⁾	Sinistre n°
<input type="checkbox"/> Favorable / accord du :	
<input type="checkbox"/> Défavorable / motif	
<input type="checkbox"/> Réserves	
Signature et cachet de l'assureur	Cachet et réception

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique				
Frais de séjour		Nbre de jours	P.U.	Total H.T.
Durée probable	Séjour normal			
	Soins Intensifs ⁽²⁾			
	Réanimation ⁽²⁾			
	Cuveuse			

Nature des prestations	Cotation	P.U.	Total H.T.
Actes			
Consultations			
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / Salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale ⁽²⁾			
Examens (détailés)			
<i>Pet scan</i>			1000
Biologie			
Autres (anapatho, E.C.G., E.E.G, Fibro, Colono...)			
Lithotripsie ⁽⁴⁾			
Dialyses			
Fournitures			
Pharmacie			
Matériels ostéosynthèses, Sang, plasma...			
Total de l'estimation			8000

Prise en charge de l'assureur		
Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

Total estimé de la prise en charge		

Ticket Modérateur	
--------------------------	--

(1) Cachet intermédiaire en cas des retraités
(2) Pour les cliniques disposant de ses unités
(3) À détailler dans le pli confidentiel
(4) Sous réserve de la production d'un certificat de guérison

-conformément à la loi 08-09, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A2013/343-.

Important : En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation. En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient. Un fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature.

Données personnelles

PLI CONFIDENTIEL

Code : AAEN0400

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme KABBAJ Med Hivva ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

ADK pulmonaire

TRAITEMENT PROPOSE :

Red-Scan

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

11

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie

Casablanca, le 21/08/2023

Cachet et Signature du Médecin


Dr. Bouazza Hanane
Médecin Néphrologue
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
N°P: 09 117 08 86

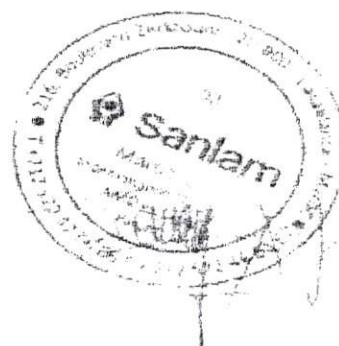
Estimation du coût de l'hospitalisation par l'assureur de Kabbaj Mohamed Hilal

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)
ACTE SPECIALISTE	8 000.00	NA	NA	8 000.00	NA	%	
Totaux	8 000.00			8 000.00			7 200.00

Détail explicatif des soins non remboursés

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

Direction Indemnisation Soins de Santé



* 57 25555 *

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CASABLANCA

Réf: Police N° : 1000991624

Contractante : Saham Assurance

Adhésion N° : 10

Assuré Primaire : Kabbaj Mohamed Hilal

Personne Traitée : Kabbaj Mohamed Hilal

N° du bordereau : 924702

N° sinistre : 5725555

Date réception : 06/09/2023

Date retour :

N°Déclaration : 70522851

Code maladie : C34

Frais engagés : 8 000.00 DHS

Date de survenance : 06/09/2023

Médecin Traitant : MEDECIN DIVERS

Code Médecin : 19954

Ville (Médecin) : CASABLANCA

Spécialité : Divers

Objet : Accord**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

Valable pendant 1 mois à partir de la date de sa délivrance

Nous soussignés, Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard ZERKTOUNI-Casablanca, certifions par la présente que M. ou Mme : **Kabbaj Mohamed Hilal** bénéficie de la garantie Maladie-Maternité du contrat cité en objet.

En conséquence, nous nous substituons au lieu et place de notre assuré pour régler le montant des frais occasionnés suite à son hospitalisation sans toutefois dépasser la contre-valeur en Dhs de : **7 200.00**

Notre règlement interviendra sur présentation de votre facture accompagnée de la présente prise en charge, des PPV et des prospectus relatifs aux frais pharmaceutiques, des notes d'honoraires et des résultats des examens et radios effectués, ainsi que le compte rendu d'hospitalisation.

Par ailleurs, nous vous invitons au respect de la convention qui nous lie et à collaborer avec notre médecin conseil en cas de contre visite médicale.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

Direction Indemnisation Soins de Santé



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **127454** / 2023 du 13/09/2023

Nom patient **KABBAJ MOHAMMED HILLAL**

Entrée 13/09/2023

Prise en charge **AXA ASSISTANCE**

Sortie 13/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant Adh
PRESTATIONS				
PET SCAN	1,00		8 000,00	800,00
			Sous-Total	800,00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total 800,00

Total facturé au patient **8 000,00**
Montant pris en charge par l'organisme **7 200,00**
Montant ticket modérateur à charge du patient **800,00**

Encaissements patient

Espèces 0,00
Chèque
Carte bancaire 800,00
Solde 0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm-hck.ma
CS HCK 09 061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 127 454 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Entrée 13/09/2023

Prise en charge : AXA ASSISTANCE

Sortie 13/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PET SCAN	1,00		8 000,00	8 000,00
			Sous-Total	8 000,00
Total Frais Clinique				8 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	8 000,00
HUIT MILLE DIRHAMS			
Immatriculation	N° prise en charge	Part organisme	7 200,00
Affiliation		Part patient	800,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		800,00	800,00	7 200,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N°IMP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 230913095519RA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300745273	KABBAJ MOHAMMED HILL	13/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0354	800,00
	Total payé	800,00

Reçu établi par : RAD WAI

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 39 03 53 45
Fax : 05 39 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N°IMP 090061862



مركز النقديات

ACHAT

13/09/23

08:47:16

9900964892

99648901

HOP CHEIKH KHALIFA M4

Casablanca

A0000000031010

*****7556

Visa

CARTE LOCALE

601-0-9999-1-44

MONTANT :

800,00 MAD

Num Transaction

: 002

Num Autorisation

: 404841

STAN

: 000354

TICKET CLIENT