

**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 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° W19-540034

ND: 35576

COMPLEMENT

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 8630 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : CHOUKAIRY SAID

Date de naissance : 16.02.1971

Adresse : 11 Rue de MENY Apt 7. BELVEDERE
CASA

Tél. 06 66 13 27 32 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAA Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : L'ARTHOSE COMPLEMENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
01/07/12	Transférer		389,40	INP : <u>PSAW6784</u> CLINIQUE AL MADINA PEC Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard Quartier Palmiers - Casablanca Tél: 05 22 77 77 48 à 49 (LG) Fax: 05 22 25 00 01

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

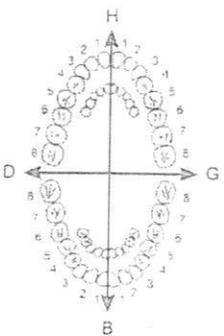
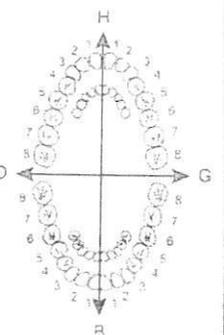
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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 colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>32533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	32533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	32533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventioennelle - Echographie

F A C T U R E

N° : 2074 A / 2020 du 10/07/2020

TRANSFUSION

Nom patient **LEHNA SANAA** Entrée 01/07/2020
 Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie 01/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	1.00	SEJOUR	400.00	400.00
			<i>Sous-Total</i>	400.00
Total Clinique				400.00

PR. ZAFAD S (hematologue)	1.00	K	200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	200.00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00		720.00	720.00
			<i>Sous-Total</i>	720.00
Total Autres prestations				920.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		Total	1 320.00
MILLE TROIS CENT VINGT DIRHAMS			
<i>Immatriculation :</i>	<i>Adhérent :</i> LEHNA SANAA	<i>Part organisme</i>	1 056.00
<i>Affiliation :</i>	<i>N° prise en charge :</i> 4831301 DU01/07/2020	<i>Part patient</i>	264.00
<i>Cin :</i>			

CLINIQUE AL MADINA

PEC

Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
 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 Mansard
 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
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventionnelle - Echographie

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 2074 / 2020 du 10/07/2020

Nom patient : LEHNA SANAA
 Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Entrée 01/07/2020
 Sortie 01/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE	1.00		95.45	100	95.45
SEJOUR	1.00	SEJOUR	400.00	20	80.00
			Sous-Total		175.45
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD S (hematologue)	1.00	K	200.00	20	40.00
			Sous-Total		40.00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00		720.00	20	144.00
			Sous-Total		144.00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES

Total 359.45

Montant total facturé 1 415.45
 Montant pris en charge par l'organisme 1 056.00
 Montant ticket modérateur à charge du patient 359.45

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



SAHAM
Assurance

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Hospitalisation du 29/06/2020

4831301

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 :

3 333.28 Dhs

(Trois mille trois cent trente-trois Dhs vingt-huit Cs)

Fait à Casablanca, le 01 Juillet 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



[Handwritten signatures and initials]

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie

Nom patient **Creffida Mouta** - Greffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobino-pathie - Déficit Immunitaire

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur

Produit	Rx Conventionnelle - Echographie	Quantité	Prix Unitair	Montant
AIGUILLES 25G (100)(1)		1	0.38	0.38
BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)		1	3.00	3.00
BETADINE 10% 125ML (001)		1	15.60	15.60
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)(1)		1	0.52	0.52
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)		1	10.30	10.30
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)		1	1.88	1.88
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)		1	4.50	4.50
PHARMAFIX 10*10 (001)		1	46.23	46.23
SERINGUE 5 CC (100)(1)		2	0.82	1.64
SURCHAUSSURE BLEU (100)(1)		2	1.20	2.40
TRANSFUSEUR (001)		1	9.00	9.00
Sous-Total consommable médical				95.45
Total pharmacie				95.45

CLINIQUE AL MADINA

PEC

Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard

Quartier Palmiers - Casablanca

Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)

Fax: 05 22 25 00 01