

## 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.

### Reéducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 | adhésion@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

ND: 35578

N° W19-553655

**COMPLAVENT**

Optique

Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUKAIRY SAID

Date de naissance : 16.08.1971

Adresse : 11 Rue de JENY App 7 BELVEDERE  
CA SA

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 SANIA Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

UNPLNEZ CONPLAVENT

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/04/2010



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09/07/2020	Chirurgie	381 86		INP : 09/07/2020 CLINIQUE AL MANSOURA PEC Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard Quartier Palmiers Casablanca 05 22 77 77 40 à 49 (LG) 05 22 77 77 40 à 49 (LG) 05 25 00 01

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

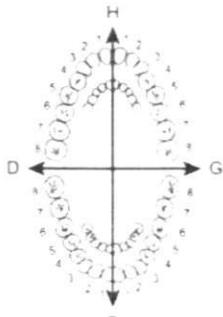
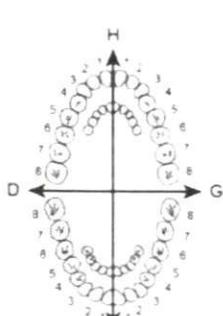
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de MPK.

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																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	25533411	11433553	<hr/>		B	G	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
00000000	00000000																			
25533411	11433553																			
<hr/>																				
B	G																			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
 Crève de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire  
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventionnelle - Echographie

**TICKET MODERATEUR SUR FACTURE** N° **2198** / **2020** du **17/07/2020**

Nom patient : **LEHNA SANA** Entrée **09/07/2020**

Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie **13/07/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
<b>PRESTATIONS</b>					
PARAPHARMACIE	1.00		1 558.94	100	1 558.94
SEJOUR	5.00	SEJOUR	400.00	20	400.00
			<b>Sous-Total</b>		<b>1 958.94</b>
<b>PHARMACIE</b>					
PHARMACIE	1.00	PH	20 239.60	20	4 047.92
			<b>Sous-Total</b>		<b>4 047.92</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00	K	375.00	20	375.00
			<b>Sous-Total</b>		<b>375.00</b>

<i>Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :</i>  SIX MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-SIX CENTIMES	<b>Total</b> <b>6 381.86</b>
--	------------------------------

Montant total facturé **25 673.54**

Montant pris en charge par l'organisme **19 291.68**

Montant ticket modérateur à charge du patient **6 381.86**

**CLINIQUE AL MADINA**  
**PEC**  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
 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  
Cure du 09/07/2020

4831302

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 :

32 231.04 Dhs  
(Trente-deux mille deux cent trente et un Dhs quatre Cs)

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

Pour la compagnie



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

**F A C T U R E**

N° : **2198 A / 2020** du **17/07/2020**

**CHIMIOTHERAPIE**

Nom patient	<b>LEHNA SANAA</b>	Entrée	<b>09/07/2020</b>
Prise en charge	<b>SAHAM ASSURANCE</b>	Sortie	<b>13/07/2020</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

SEJOUR	5.00	SEJOUR	<b>400.00</b>	<b>2 000.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>2 000.00</b>
PHARMACIE	1.00	PH	<b>20 239.60</b>	<b>20 239.60</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>20 239.60</b>
<b>Total Clinique</b>			<b>22 239.60</b>	

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00	K	<b>375.00</b>	<b>1 875.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 875.00</b>
<b>Total Autres prestations</b>			<b>1 875.00</b>	

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  VINGT-QUATRE MILLE CENT QUATORZE DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES	<b>Total</b>	<b>24 114.60</b>
<i>Immatriculation :</i> Adhérent : <b>LEHNA SANAA</b>	<b>Part organisme</b>	<b>19 291.68</b>
<i>Affiliation :</i> N° prise en charge : <b>4831302 du 01/07/2020</b>	<b>Part patient</b>	<b>4 822.92</b>
<i>Cin :</i>		

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCIE PALMIERS- CASA

**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

Centre d'Hématologie & Oncologie

ANNEXE PHARMACIE

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie

Nom patient : LEHNA SAMA N° facture : 108 N° ordre : 700-091044

Cérite de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventionnelle - Echographie

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ANDOL 1G PERFUSI (01)	2	18.80	37.60
CARBOPLATINE MYL 150MG/15M INJECTA (01)	4	454.00	1 816.00
ETOPOSIDE MYLAN 20MG/5ML INJECTA (10)	1	734.00	734.00
GRANOCYTE 34 MUI INJECTA (05)	1	2 881.00	2 881.00
HOLOXAN 2G INJECTA (01)	3	549.00	1 647.00
HYDROCORTISONE 100MG INJECTA (01)	1	18.00	18.00
MABTHERA 500 MG INJECTA (01)	1	11 858.00	11 858.00
ONDANSETRON GT 8MG/4ML INJECTA (05)	2	400.00	800.00
UROMITEXAN 400 M INJECT INJECTA (15)	2	224.00	448.00
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>20 239.60</b>
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)	1	62.25	62.25
AIGUILLES 18 G (100)(1)	40	0.38	15.20
AIGUILLES 25G (100)(1)	8	0.38	3.04
BANDELETT DIAB CONTROL (025)	1	97.50	97.50
BANDELETTE UROCOLOR 5k ASS (100)	1	225.00	225.00
BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)	4	3.00	12.00
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15.60	15.60
BETADINE SCRUB 4% 125 ML (001)	1	10.30	10.30
BLOUSE VISITEUR VERTE (001)	1	18.00	18.00
CALOT CHARLOTTE BLANCH (100)(1)	1	0.52	0.52
CHAMP TROUE 50CM*60CM 6cm/ou (001)	1	15.00	15.00
CHLOR-SODIUM ISO 0,9% 500M FLACON (12)(1)	3	18.67	56.01
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	16	10.30	164.80
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)	14	15.00	210.00
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)	2	1.88	3.76
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	32	0.90	28.80
GANT STERILE 7 (050)(1)	1	6.45	6.45
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)	14	15.90	222.60
GLUCOSE 5% POCHE 250 ML SACHET (20)(1)	2	14.50	29.00
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)	3	54.00	162.00
PHARMAFIX 10*10 (001)	1	46.23	46.23
PROLONGATEUR BD 1.5M (100)(1)	2	14.40	28.80
ROBINET 3 VOIES (050)(1)	2	5.25	10.50
SERINGUE 10CC (100)(1)	24	1.05	25.20
SERINGUE 20 CC (050)(1)	16	2.30	36.80
SERINGUE 5 CC (100)(1)	24	0.82	19.68
SERINGUE 1CC 25G*16 (100)(1)	8	0.90	7.20
SERINGUE 50 CC A VIS (025)(1)	3	5.70	17.10
SURCHAUSSURE BLEU (100)(1)	8	1.20	9.60
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>1 558.94</b>
		<b>Total pharmacie</b>	<b>21 798.54</b>

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