

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 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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Pre 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 : Unité : Aoul Ben Abdellah - Bâtiment Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Anar Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W19-553655

ND: 35578

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 JENY App 7 BORDJ BOU
 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'AFFECTION COMPLEMENT
 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 Le : 01/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

ACQUÉ

| 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 |
| 09/07/2020 | Chimiothérapie | | 381,86 | INF : 090406643 CLINIQUE AL MADINA PEC Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard Quartier Palmiers - Casablanca 5 27 77 40 à 49 (L.G.) 25 00 01 |

[illegible]

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

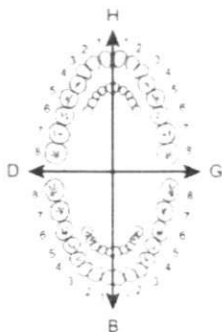
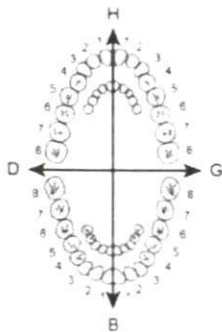
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 caninaux, ainsi que le bilan de l'OTC.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05503412</td> <td>21433550</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>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 05503412 | 21433550 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 05503412 | 21433550 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 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 Conventiennelle - Echographie

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

Nom patient : LEHNA SANAA

Entrée 09/07/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 13/07/2020

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

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

SIX MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGT-UN DIRHAMS QUATRE-VINGT-SIX CENTIMES

Total 6 381.86

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 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
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 Conventiionnelle - Echographie

F A C T U R E

N° : 2198 A / 2020 du 17/07/2020

CHIMIOThERAPIE

Nom patient **LEHNA SANAA**
 Prise en charge **SAHAM ASSURANCE**

Entrée 09/07/2020
 Sortie 13/07/2020

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|-------------------|------------------|
| SEJOUR | 5.00 | SEJOUR | 400.00 | 2 000.00 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 2 000.00 |
| PHARMACIE | 1.00 | PH | 20 239.60 | 20 239.60 |
| | | | <i>Sous-Total</i> | 20 239.60 |
| Total Clinique | | | | 22 239.60 |

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT-QUATRE MILLE CENT QUATORZE DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES

Total 24 114.60

Immatriculation : Adhérent : LEHNA SANAA
 Affiliation : N° prise en charge : 4831302 du 01/07/2020
 Cin :

Part organisme 19 291.68
 Part patient 4 822.92

Compte bancaire : AWB 007780000266500030418645 , AGENCE PALMIERS- CASA

CLINIQUE AL MADINA
 P.E.C.
 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

Nom patient : **LEHNA MA** Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie
 Clé de Poches Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinothérapie - Déficit Immunitaire
 No Facture : 5498 20C091044

Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur - Rx Conventiennelle - 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 |
| Sous-Total médicaments | | | 20 239.60 |
| 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 |
| Sous-Total consommable médical | | | 1 558.94 |
| Total pharmacie | | | 21 798.54 |

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