

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Chakir Arly S.A.M.

Date de naissance : 16.02.41

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-04241

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

N° W19-540000

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Actif

Pensionné(e)

Autre : R.A.N.

Nom & Prénom : CHOUAIBI SAID

Date de naissance : 16-02-71

Adresse : 11 Rue de Veny Apt 7
CASA

Tél. : 0666 152 22

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 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 : 01/12/2020

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.

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
23/11/20 Seins Intensif			579650	INP 010006784 CLINIQUE AL MADINA PEC Angle Rue Med Bahi et Rue Monsard Quartier Palmiers - Casablanca Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (1G) Fax: 05 22 77 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
		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.

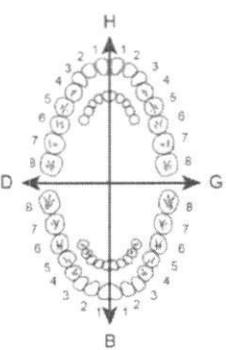
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA**Centre d'Hématologie & Oncologie****مصحة المدينة****مركز الدماء مرض و الأنقولوجيا**

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

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 4242 / 2020 du 28/11/2020Nom patient : **LEHNA SANA** Entrée **23/11/2020**Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie **28/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
SOINS INTENSIFS	5.00	USI	1 000.00	20	1 000.00
PARAPHARMACIE	1.00		853.10	100	853.10
RADIO	1.00		160.00	20	32.00
			Sous-Total		1 885.10
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	851.00	20	170.20
			Sous-Total		170.20
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	5.00	K	400.00	20	400.00
			Sous-Total		400.00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE					
LABO SEBTA (biologie)	1.00		10 082.00	20	2 016.40
	1.00		3 524.20	20	704.84
			Sous-Total		2 721.24

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

CINQ MILLE CENT SOIXANTE-SEIZE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES

Total 5 176.54**Montant total facturé****22 470.30****Montant pris en charge par l'organisme****17 293.76****Montant ticket modérateur à charge du patient****5 176.54****CLINIQUE AL MADINA**

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40 à 49/GSM :0662 54 23 07-Fax :05 22 23 06 66 -Email :secretariathematologie@gmail.com
 Fax: 05 22 25 00 01

FACTURE

N°: 4242 A/ 2020 du 28/11/2020

SOINS INTENSIFS

Nom patient LEHNA SANA

Entrée 23/11/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 28/11/2020

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

SOINS INTENSIFS	5.00	USI	1 000.00	5 000.00
RADIO	1.00		160.00	160.00
			<i>Sous-Total</i>	5 160.00

PHARMACIE	1.00	PH	851.00	851.00
			<i>Sous-Total</i>	851.00

Total Clinique

6 011.00

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue) 5.00 K 400.00 2 000.00

CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00		10 082.00	10 082.00
LABO SEBTA (biologie)	1.00		3 524.20	3 524.20
			<i>Sous-Total</i>	13 606.20

Total Autres prestations

15 606.20

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> VINGT ET UN MILLE SIX CENT DIX-SEPT DIRHAMS VINGT CENTIMES	Total	21 617.20
<i>Immatriculation :</i>	<i>Adhérent :</i>	LEHNA SANAA
<i>Affiliation :</i>	<i>N° prise en charge :</i>	4911804/23/11/2020
<i>Cin :</i>		BE694323

**CLINIQUE AL MADINA
PEC**
Angle Rue Med Bahi et Rue Monsara
Quartier Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

6-10-91984338181 12-17-1984
RECEIVED
GENERAL AGENT FOR THE SECRETARY OF STATE
U.S. DEPARTMENT OF STATE
12-17-1984
3815 227503



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Annule et remplace
Hospitalisation du 23/11/2020

4911804

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

LEHNA SANA

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 :

17 293.76 Dhs
(Dix-sept mille deux cent quatre-vingt-treize Dhs soixante-seize Cs)

Fait à Casablanca, le 02 Décembre 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



Nom patient : LEHNA SANA		N° Facture	Hématologie Adulte et Enfant	Oncologie Pédiatrique	Chimiothérapie	20K231130
		Greffe de Moelle Osseuse		Hémophilie	Hémoglobinopathie	Déficit Immunitaire
Produit	Soins Intensifs-Réanimation-Traitement de la Douleur	Quantité	Rx Conventionnelle	Echographie	Montant	
ELUDRIL 90 ML BAIN BO (01)		1	17.70		17.70	
EXACYL IV 500MG INJECTA (05)(1)		8	8.88		71.04	
FUCIDINE 15G PDE DER (01)		1	39.70		39.70	
METHYLPREDNISOLO 120mg INJECTA (20)(1)		2	35.00		70.00	
METHYLPREDNISOLO 40MG INJECTA (20)(1)		20	14.00		280.00	
PARACETAMOL NORMON 1G PERFUSI (50)(1)		7	14.08		98.56	
TIMEZOL 40MG INJECTA (01)		5	54.80		274.00	
Sous-Total médicaments					851.00	
AIGUILLE DE HUBER 20 G (020)(1)		1	62.25		62.25	
AIGUILLES 18 G (100)(1)		13	0.38		4.94	
AIGUILLES 25G (100)(1)		3	0.45		1.35	
BANDE DE GAZE 3MX15C (001)		1	3.69		3.69	
BANDELETT DIAB CONTROL (025)		1	97.50		97.50	
BAVETTE A ELASTIQUE (050)(1)		6	5.10		30.60	
BETADINE 10% 125ML (001)		1	15.60		15.60	
BLOUSE VISISTEUR BLEU (001)		6	18.00		108.00	
CHAMP TROU 50CM*60CM 6cm/ou (001)		1	15.00		15.00	
CHARLOTTE A CLIPS BLANCHE (100)(1)		6	0.75		4.50	
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)		8	10.30		82.40	
CHLORURE SODI LAP POCH 500 ML (020)(1)		4	13.10		52.40	
COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)		9	1.88		16.92	
GANT D'EXAMEN NITRILE M (200)(1)		21	0.72		15.12	
GANT STERILE 7 (050)(1)		1	6.45		6.45	
GLUCONATE DE CA 10%1G 10ML I (050)(1)		4	3.63		14.52	
GLUCOSE 5% LAP POCHE 500ML (020)(1)		4	15.90		63.60	
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)		2	4.50		9.00	
PERFUSEUR +REGULAT DEB (001)		1	54.00		54.00	
PHARMAFIX 10*10 (001)		1	46.23		46.23	
POTASSIUM CHLORU 10 INJECTA (100)(1)		4	2.80		11.20	
PROLONGATEUR BD 1.5M (50)(1)		1	10.50		10.50	
ROBINET 3 VOIES (050)(1)		1	5.25		5.25	
SERINGUE 10CC (100)(1)		18	1.05		18.90	
SERINGUE 20 CC (050)(1)		5	2.30		11.50	
SERINGUE 5 CC (100)(1)		4	0.82		3.28	
SODIUM CHLORURE INJECTA (100)(1)		8	2.80		22.40	
THERMOMETRE ELECTRONIQ DIGITA (001)		1	30.00		30.00	
TRANSFUSEUR (001)		4	9.00		36.00	
Sous-Total consommable médical					853.10	
				Total pharmacie	1 704.10	

CLINIQUE AL MADINA

Angle Rue Mohamad Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40 à 49/GSM :0662 54 23 07-Fax :05 22 23 06 66 -Email :secretariathematologie@gmail.com
 Fax: 05 22 25 00 01