

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.

Biologie 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.

Education :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0004241

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société : RAM 17800
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAOUKY SAID
Date de naissance : 16-12-41
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

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 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

N° W19-540000

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société : BAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRAI RY SAID

Date de naissance : 16-02-71

Adresse : 11 Rue de VENY Apt 7

Tél. : 0000000000000000 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 10 DEC. 2020

Date de consultation : 10 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAA

Age :

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

Nature de la maladie : LNH B à grandes cellules

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 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° **4242** / 2020 du 28/11/2020

Nom patient : **LEHNA SANAA**

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	1.00		10 082.00	20	2 016.40
LABO SEBTA (biologie)	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 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

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

FACTURE

N° : 4242 A / 2020 du 28/11/2020

SOINS INTENSIFS

Nom patient LEHNA SANAA

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
			<i>Sous-Total</i>	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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

VINGT ET UN MILLE SIX CENT DIX-SEPT DIRHAMS VINGT CENTIMES

Total 21 617.20

Immatriculation : Adhérent : LEHNA SANAA
Affiliation : N° prise en charge : 4911804/23/11/2020
Cin : BE694323

Part organisme 17 293.76
Part patient 4 323.44

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



SAHAM
Assurance

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

4911804

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 :

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 SANAA N° Facture 4542 Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie 20K231130

Greffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobino-pathie - Déficit Immunitaire

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

Produit	Quantité	Prix Unitaire	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
METHYLPREDNISOL 120mg INJECTA (20)(1)	2	35.00	70.00
METHYLPREDNISOL 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 TROUE 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 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 : secretariat hematologie@gmail.com
Fax: 05 22 25 00 01