

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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 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

Nº M20- 0002748

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 86.30 Société : RRM (S1787)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHULCAZY S.A.D.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.12.22.32 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 ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M20-02748

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 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.

N° W19-540000

COMPLÉTÉ

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8630**

Société : **RAA**

Actif Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : **CHIYUKAI RY**

SA

Date de naissance :

16.02.73

Adresse :

**11 Rue de
BLVZELA**

Tél. :

Total des frais engagés : **Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Pr. Hassadi
Hématologie
Clinique Al Issam
Tel: 0522 77 40 49 - GSM 0662 32 34*

Date de consultation :

LE 11/12/2020

Nom et prénom du malade :

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 :

OASAN

Le : **06/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

ACCUEIL

CONFIDENTIEL

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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 ERAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la patient traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

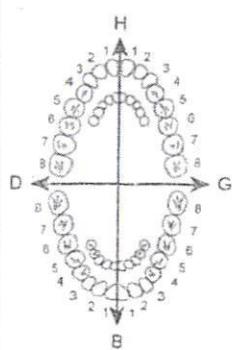
Important :

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

D.D.F
PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la progression.



CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

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

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 4024 / 2020 du 20/11/2020Nom patient : **LEHNA SANAA** Entrée **13/11/2020**Prise en charge **SAHAM ASSURANCE** Sortie **14/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Taux Pec	Montant Patient
PRESTATIONS					
PARAPHARMACIE	1.00		126.00	100	126.00
SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	20	160.00
			Sous-Total		286.00
PHARMACIE					
PHARMACIE	1.00	PH	14.08	20	2.82
			Sous-Total		2.82
PRESTATIONS EXTERNES					
PR. ZAFAD SÄADIA (hematologue)	2.00	K	200.00	20	80.00
			Sous-Total		80.00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE					
	1.00		1 912.00	20	382.40
			Sous-Total		382.40

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :
SEPT CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS VINGT-DEUX CENTIMES

Total 751.22**Montant total facturé****3 252.08****2 500.86****751.22****Montant pris en charge par l'organisme****Montant ticket modérateur à charge du patient****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



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Hospitalisation du 13/11/2020

4907579

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

LEHNA SANA

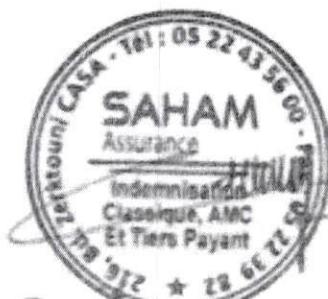
Assuré dans le cadre de la Police N° 1000992490 adhésion 92/ SOCIETE SERIMA pour régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation à la CLINIQUE AL MADINA.

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 :

**5 623.87 Dhs
(Cinq mille six cent vingt-trois Dhs quatre-vingt-sept Cs)**

Fait à Casablanca le 17 Novembre 2020 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

الطبية المدينة

مركز أمراض الدم و الأنکولوجیا

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

F A C T U R E

N° : 4024 A / 2020 du 20/11/2020

TRANSFUSION

Nom patient LEHNA SANAA

Entrée 13/11/2020

Prise en charge SAHAM ASSURANCE

Sortie 14/11/2020

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

SEJOUR	2.00	SEJOUR	400.00	800.00
				Sous-Total 800.00

PHARMACIE	1.00	PH	14.08	14.08
				Sous-Total 14.08

Total Clinique 814.08

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2.00	K	200.00	400.00
				Sous-Total 400.00

CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1.00		1 912.00	1 912.00
				Sous-Total 1 912.00

Total Autres prestations 2 312.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	3 126.08
TROIS MILLE CENT VINGT-SIX DIRHAMS HUIT CENTIMES			
Immatriculation :	Adhérent :	LEHNA SANAA	Part organisme 2 500.86
Affiliation :	N° prise en charge : 4907579/17/11/2020		Part patient 625.22
Cin :			

