

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

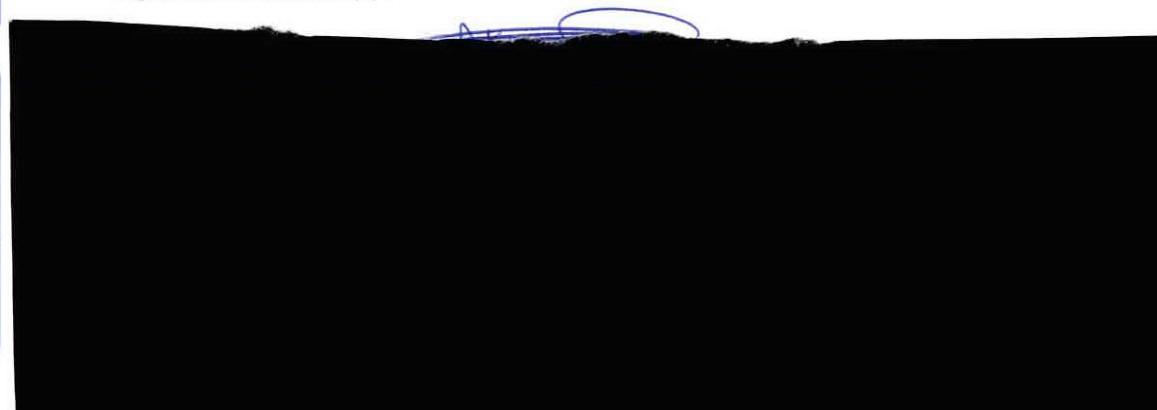
N° W19-520274

MD = 1992

| | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 18160 | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ASSAD ABDELILAH | | | |
| Date de naissance : 01/01/1981 | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : | 066 38 53 52 | Total des frais engagés : 1000 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : / / | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : / / | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 FEV 2020 | | | |
| 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 : Casablanca Le : 05 / 02 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :



COMPTE RENDU OPERATOIRE

MADAME : AJROUJ HASNAA

DATE D'INTERVENTION : 03/01/2020

MEDECIN GYNECOLOGUE : DR.ENNAQUI KHADIJA

DIAGNOSTIC : CESARIENNE.

Anesthésie :

- Rachi anesthésie.
- Péridurale.
- A.G.

Incision de Pfannestiel.

Etat local :

Décollement vésico-utérin.

Hystérotomie segmentaire transversale, permettant l'extraction :

Céphalique :

Podalique :

Fœtus de sexe : Masculin pesant : 3000g Apgar : 10/10

Liquide amniotique : aspect : Tainé quantité : suffisante

Délivrance artificielle + révision utérine : RAS

Hystérorraphie au vicryl n°1 ; hémostase assurée, pérotonisation.

Explorations des annexes.

Fermeture plan par plan après compte des champs et des compresses et vérification de l'hémostase.

Uries : Claires

Surjet intradermique pour fermeture cutanée.

Durée de l'intervention : 50mn

Dr ENNAQUI Khadija
Gynécologue - Obstétrique
71 Rue Mokhtar El Garnaoui
Hay Al Qods Bernoussi - Casablanca
Tel 05 22 75 82 82 - GSM 06 59 34 75 2



Attestation de prise en charge

| | | | |
|-----------------|----------------------------------|---------------|--|
| N° Police | 004.2017.00000164 | Intermédiaire | 146 - ASSURANCE BELASSUR |
| Filiale | 00 - CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA | | |
| Adhérent | 00000438 - AJROUJ HASNAA | Adresse | 320, Boulevard Zerkouni - 2ème étage - CP : 20100 - CASABLANCA |
| Malade | Lui même | | |
| N° sinistre | 040.2020.00000223 | Date décision | 15/01/2020 |
| Frais Engagé | 9 700.00 Dhs | Date Edition | 15/01/2020 |
| Date survenance | 06/01/2020 | Réf.Etat | a.khattabi |
| Nature Maladie | 080-084 : Accouchement | | |

Nous soussignés, Compagnie d'assurance et de réassurances Atlanta dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **06/01/2020** est délivrée à l'intéressé(e), sur sa demande pour permettre à **HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **90.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **8 730.00 DH (HUIT MILLE SEPT CENT TRENTÉ DIRHAMS)**

Ci-joint le détail de la prise en charge par prestation.

POUR LA COMPAGNIE

Compagnie d'assurance
et de réassurance
Groupe VINCI Assurances
181, Boulevard d'Anfa - CASA

NB : S/RESERVE CRO

NB : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois . La facture accompagnée de l'original de la présente doit être envoyée 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.

Société Anonyme au Capital de 691.904.360,00 de dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. : 1090109 - I.F. : 1085137 - R.C. Casablanca : 16747 - Taxe Professionnelle : 37990058 - ICE 001529660000034



Détail de prise en charge

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|---------------|--|
| N° Police | : 004.2017.00000164 | Intermédiaire | : 146 - ASSURANCE BELOSSUR |
| Filiale | : 00 - CHU IBN ROCHD DE CASABLANCA | | |
| Adhérent | : 00000438 - AJROUJ HASNAA | Adresse | : 320, Boulevard Zerkouni - 2ème étage - CP : 20100 - CASABLANCA |
| Malade | : Lui même | | |
| N° sinistre | : 040.2020.00000223 | Date décision | : 15/01/2020 |
| Frais Engagé | : 9 700.00 Dhs | Date Edition | : 15/01/2020 |
| Date survenance | : 06/01/2020 | Réf.Etat | : a.khattabi |
| Nature Maladie | : 080-084 : Accouchement | | |

Liste des prestations accordées :

| Prestation | Cle: | Nbr: | Frais réels (Dhs) | Mnt.Ret(Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx.% | Mnt. Accordé | Reli.Plaf(Dhs) | Mnt.GR(Dhs) |
|------------|------|------|-------------------|--------------|-----------------|-------|--------------|----------------|-------------|
| (*1) K100 | K | 1 | 9 700.00 | 0.00 | 9 700.00 | 90.00 | 8 730.00 | 8 730.00 | 0.00 |

Observation(s) :

(*1) S/RESERVE CRO

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

DATE : 06/01/2020

BILLET DE SORTIE

Nom et Prénom : AJROUJ HASNAA

Médecin traitant : ENNAQUI KHADIJA

Prise en charge : ATLANTA

Date Entrée : 03/01/2020 00h46

Date Sortie : 06/01/2020 10h00

N° Admission : 20A03004618

| Visa | Médecin | Administration | Surveillante |
|------|---------|----------------|--------------|
| | | | |

**HOPITAL PRIVE
CASABLANCA AIN
SEBAA**

A AIN SEBAA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : M
ABDELILAH ASSAD
NOM DU PATIENT : Mme AJROUJ
HASNAA
DATE DE NAISSANCE : 26/02/1989
20A03004618



Reçu N°: 10542

Paiement du 06/01/2020

| | |
|---------------------|-------------|
| Montant | 1 940,00 Dh |
| Type de paiement | Chèque |
| Numéro du chèque : | 9564266 |
| Montant du chèque : | 3 141,65 Dh |
| Banque : | BMCE |

Imprimé par : R D Le 06/01/2020 13h49

Imprimé par : R D Le 06/01/2020 13h48

DATE : 06/01/2020

BILLET DE SORTIE

N° Admission : 20A03004618

J HASNAA

ADIJA

Surveillante

Administration

HOPITAL PRIVE CASABLANCA
AIN SEBAA

NOM DU PATIENT : Mme AJROUJ HASNAA
DATE DE NAISSANCE : 26/02/1989
20A03004618



Reçu

N°:1024

Paiement du 06/01/2020 13h50

| | |
|-----------------------|------------------|
| Montant | 7 760,00 Dh |
| Type de paiement | Chèque |
| Numéro du chèque : | 9564267 |
| Banque : | BMCE |
| Paiement effectué par | M ABDELLAH ASSAD |

Imprimé par : R D Le 06/01/2020 13h50

| Montant | |
|---------------------|-------------|
| Type de paiement | Chèque |
| Numéro du chèque : | 9564266 |
| Montant du chèque : | 3 141,65 Dh |
| Banque : | BMCE |

Imprimé par : R D Le 06/01/2020 13h49

Imprimé par : R D Le 06/01/2020 13h48

À AIN SEBAA

DATE : 06/01/2020

BILLET DE SORTIE

N° Admission : 20A03004618

J HASNAA

IDIJA

Surveillante

Administration