

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-477479

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **22327** Société : **RAN CA**

Matricule : **22327** Société : **RAN CA**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **NDAGHRI FILALI MDUNIR**

Nom & Prénom : **NDAGHRI FILALI MDUNIR**

Date de naissance : **02/08/1985**

Adresse : **BOULEVARD ALI EL KHAYAT ALI APPT 22**

Tél. : **0661087775** Total des frais engagés : **970** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **21 OCT. 2019**

Nom et prénom du malade : **CASE BAN CA** Age : **34**

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

Nature de la maladie : **ALD**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Accident de la route**

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 : **CASE BAN CA** Le : **21/10/2019**

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

A remplir par l'employeur

Cachet de l'employeur

N° de police

0600996284

N° d'adhésion

42180

Nom(s): A2I2 MARYA

Nom(s): A2I2 MARYA

Prénommé: ELLE MEME

Date de naissance: 03/04/1981

A remplir par la clinique ou polyclinique

Nom(s) du malade: A2I2 MARYA

Autres (à préciser): WA 88952

Lieu d'hospitalisation: chirurgie maternité

Praticien traitant: Dr. Saoud Chahbi

Lieu d'hospitalisation (actes): voir pli confidentiel

Date d'hospitalisation: 07/08/2019

Date de sortie: 07/08/2019

Autres (s) jointe(s):

dont certificat médical confidentiel obligatoire

A remplir et envoyé à l'assureur

Signature du médecin conseil

Accord du: OK SIR CRO

Signature / Motif

Signature de l'Assureur

Cachet réception

07 AOUT 2019

Support indemnisation

Santé Ouverture

RB

Acceptance de la clause relative à la protection des

Données personnelles

ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription des

Tel.:

N° chambre:

Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique

Durée probable	Frais de séjour	Nombre de jours	P.U.	Total H.T
	Séjour normal	350	400,00	140000
	Soins intensifs (1)			
	Réanimation (1)			
	Couveuse			

Nature des prestations

	Cotation	P.U.	Total H.T
Actes			
Consultations			
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie	K100	30,00	3000,00
Bloc opératoire / salle d'accouchement	K50	30,00	1500,00
Surveillance réanimation	K100	25,00	2500,00
Surveillance médicale (2)			

Examens (Détailés)

Radiologie (standard, IRM, scanner, écho...)			
Biologie			
Autres (anapath. ECG, EEG, Fibro, Colono...)			
Lithotripsie (3)			
Dialyses			

Fournitures

Pharmacie	K100	15,00	1500,00
Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)			
Total de l'estimation			9700,00

Fait à Casablanca Le 07/08/2019

Montant pris en charge (en lettres)

Visa et cachet de la clinique
 41 HAYAT OASIS CLINIC
 N° 061953
 29 Rue Hassan Quarter Oasis
 Casablanca 2019

Important

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue.
 En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient.
 Une fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de signature.

Estimation de l'Assureur

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge
	90%	

Total estimé de la prise en charge

Part du malade



ORDONNANCE

Dr:

Date : 07/08/2019

Nom et Prénom du patient :

A



07/08/2019

9H070962

AZIZ MARYA Né(e):03/04/1981

Dr. CHRAIBI SOUAD

Reprise de l'incision de perine
 dissection peau/pla
 cystectomie segment
 manuelle

suture d'un 2e
 Contro aux perine

DA + RU
 fermeture peau/pla

Signature :

Dr. Souad CHRAIBI
 Gynécologue Obstétricien
 Spécialiste
 Rés Gold 74 Av. Stendhal
 Rés El Ghouri Maarif - Casa
 062 3119566

29 Rue Rostand, Quartier Oasis, Casablanca

Tél : (+212) 05 22 999 444 (lignes groupées) - Fax Administratif : (+212) 05 22 254 613

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° 2 041 / 2019 du 10/08/2019

Nom patient : **AZIZ MARYA**

Prise en charge **SAHAM**

N° prise en charge **673763**

Entrée **07/08/2019**

Sortie **10/08/2019**

Total ticket modérateur

970,00

Signature du patient :

مصحة الحياة الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
N° INPE 090047953
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca Tél 1° 2° 0522 999 444

Notre compte bancaire :

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2
CNSS 4233739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 2 041 / 2019 du 10/08/2019

Nom patient : **AZIZ MARYA**

Entrée 07/08/2019

Prise en charge : **SAHAM**

Sortie 10/08/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
CHAMBRE	3,00	CHAMBRE	400,00	1 200,00
SALLE D'OPERATION	1,00	SALLE D'OPER	2 230,17	2 230,17
			Sous-Total	3 430,17
PHARMACIE				
PHARMACIE				1 269,83
			Sous-Total	1 269,83
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. C CHEFCHAOUNI SOU (anesth-reanimate)	50,00	K ANE	30,00	1 500,00
DR. CHRAIBI SOUAD (gynecologue)	100,00	K CHIR	30,00	3 000,00
DR. CHRAIBI SOUAD (gynecologue)	100,00	K5	5,00	500,00
			Sous-Total	5 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF MILLE SEPT CENTS DIRHAMS	Total	9 700,00
Immatriculation 0600996284	Part organisme	8 730,00
Affiliation 42180	Part patient	970,00
N° prise en charge : 673763		

مصلحة الحياة الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
N° INPE 090061953
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca 16000 212 0522 999 444