

## **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 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.

### **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.

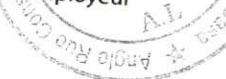
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12327</b>		Société : <b>RAN CA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>NDAGHRI FILALI MDLINA</b>			
Date de naissance : <b>01/08/1985</b>			
Adresse : <b>nos ALC FIR DAODS GHIS AUY APP T92 OULFA CASA</b>			
Tél. : <b>0661087775</b>	Total des frais engagés : <b>970 Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		Age:
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 :		
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 : **21 OCT. 2010**  
**Signature de l'adhérent(e) :** 

A remplir par l'employeur

Cachet de l'employeur



N° de police  
060099684

N° d'adhésion  
42180

Nom(s) : AZIZ MARYA

Nom(s) : AZIZ MARYA

Prénom : ELLE MEME

Naissance 10/10/14 191811

A remplir par la clinique ou polyclinique

Nom(s) du malade : AZIZ MARYA

Autres (à préciser) : IMA 86951

Hospitalisation : chirurgie maternité

Praticien : Dr Souad Chajibi

Hospitalisation (actes) : Voir pli confidentiel

Hospitalisation : 07/08/19 18/01/19

07/10/18 11/10/19

Jointe(s) \_\_\_\_\_ dont certificat médical confidentiel obligatoire

Servé à l'assureur

Signature du médecin conseil

Accord du

• / Motif

OUI SIR CRO



Signature de la clause relative à la protection des données personnelles

En des données personnelles »

ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du contrat.

Tel : ..... Fax : ..... 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	3JRS	400,00	1200,00
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	300,00
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			
Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)	K100	15,00	1500,00
Total de l'estimation			9700,00

Fait à Casablanca Le 07/10/2019

Total estimé de la prise en charge



Montant pris en charge (en lettres)

Un MILLE SEPT

Visa et cachet de la clinique  
الدار البيضاء  
AI HAYAT OASIS CLINIC  
N° IMME 10061953  
29 Rue Pasteur quartier Oasis  
Casablanca 10100 Maroc

### Important

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date programmée.  
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 l'estimation.

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités

(2) À déterminer



## 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'ancien de l'ancien  
d'assection plu/plu

Rystectomie segmental  
musculaire

section d'un fil  
Coutre aux points

DA + RH  
fermeture du fil

Signature :

Dr. SOUAD CHRAIBI  
Gynécologue obstétricien  
Spécialiste  
Rés. Gold 74 Av. Standhal  
Rés. Tifiri Maârif - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 999 444 (lignes groupées) - Fax Administratif : (+212) 05 22 254 613

29 Rue Rostand, Quartier Oasis, Casablanca

# 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**

Entrée **07/08/2019**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **10/08/2019**

N° prise en charge **673763**

Total ticket modérateur

**970,00**

*Signature du patient :*

الطب العيادة  
AL HAYAT OASIS CLINIC  
N° INPE 05007953  
29 Rue Rostand Quartier Oasis  
Casablanca Tél: 0522 254 613 ou 254 504

*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
<b>PRESTATIONS</b>				
CHAMBRE	3,00	CHAMBRE	400,00	1 200,00
SALLE D'OPERATION	1,00	SALLE D'OPER	2 230,17	2 230,17
			<b>Sous-Total</b>	<b>3 430,17</b>
<b>PHARMACIE</b>				
PHARMACIE				1 269,83
			<b>Sous-Total</b>	<b>1 269,83</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. C CHEFCHAOUNI SOU (anesth-reanimate)	50,00	K ANE	30,00	1 500,00
DR. CHRAIBI SOUAD (gynécologue)	100,00	K CHIR	30,00	3 000,00
DR. CHRAIBI SOUAD (gynécologue)	100,00	K5	5,00	500,00
			<b>Sous-Total</b>	<b>5 000,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

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

  
**AL HAYAT OASIS CLINIC**  
 N° INPE 090061053  
 29 Rue Rostand, Quartier Oasis  
 Casablanca 16121, Tel: 0522 999 444