

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.

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-766257

136066

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12658 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZEKRI Hichem

Date de naissance : 19/07/1988

Adresse : Boussoune Golf City Villa 409

Tél : 0663285616 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :

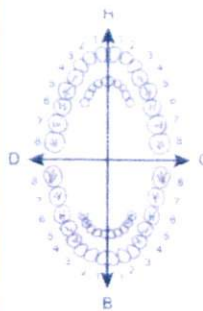
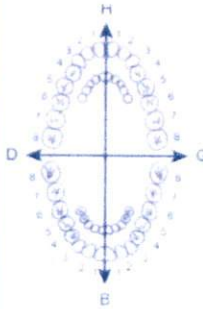


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prie de préciser la dent traitée l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 90000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	





(3 Feuilletts à adresser à la comp

[illegible]

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

RPQ_AGENT_NAME

Police N°	: 0600999179	Contractante	: Carta Solutions Processing Services
Assuré	: Chaymae Siba	Date de réception de la déclaration	: 13/07/2022
N° Adhésion	: 31	Date de validation	: 31/08/2022
Personne soignée	: Chaymae Siba	Date de survenance	: 02/07/2022
Sinistre N°	: 5356702	Déclaration N°	: F5243/2022
Bordereau N°	: 857237	Médecin Traitant	: MEDECIN DIVERS
Intermédiaire	: 10348 BEASSUR SARL		

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
CESARIENNE	9 700.00	NA	NA	9 700.00	NA	85.00 %	8 245.00
Totaux	9 700.00			9 700.00			8 245.00

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

Nom du gestionnaire : SAIL KHADIJA

Date de l'édition : 31/08/2022

- a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.
 Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
- c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI

TEL 0522 36 74 05

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

N° **5 243 / 2022** du **04/07/2022**

Nom patient : **SIBA CHAYMAA**

Entrée **02/07/2022**

Prise en charge **SAHAM**

Sortie **04/07/2022**

N° prise en charge

Total ticket modérateur

7 995,00

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

090003054



F A C T U R E

N° : 5243 / 2022 du 04/07/2022

Nom patient **SIBA CHAYMAA**

Entrée 02/07/2022

Prise en charge **SAHAM**

Sortie 04/07/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-CHAMBRE MINI SUITE	2,00		3 000,00	6 000,00
K100	1,00		9 300,00	9 300,00
BIOLOGIE-GLAB	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>	15 800,00
Total Clinique				15 800,00

DR. EL HOUARI MOHAMED (pédiatre)	1,00		600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	600,00
Total Autres prestations				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	16 400,00
SEIZE MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS			
Immatriculation :	Adhérent :	Part organisme	7 905,00
Affiliation :	N° prise en charge :	Part patient	8 495,00
Cin :			

CLINIQUE GHANDI
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522-36 74 05/0522 36 69 11



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

5356702

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

SIBA CHAYMAE

Assuré dans le cadre de la Police N° 0600999179 Adhésion 31 / CARTA SOLUTIONS PROCESSING SERVICES afin de régler en leur lieu et place le montant des frais occasionnés pour son hospitalisation à la **CLINIQUE GHANDI**.

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 opératoire, et ce à concurrent de 85% des frais engagés, sans toutefois dépasser la contre-valeur en dhs de :

8 245.00 Dhs
(Huit mille deux cent quarante-cinq Dhs)

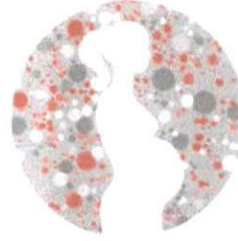
Fait à Casablanca, le 30 juin 2022 pour servir et valoir ce que de droit.

Pour la compagnie



Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVET
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coelioscopie - Hystérocopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



الدكتورة ليلية حمومي شوقي
إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص و الجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
العقم للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 21 . 06 . 2022

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle : SIBA CHAYRAE



Pli confidentiel

*ordonnance
pour soins
à Mme DASS
malade
32st + 5
le 02/07/2022*

60 زنقة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

60, Rue Nablousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54