

# 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.



**Déclaration de Maladie : N° S19-0001540**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 12953

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELNAHIZOUENI Zineb Date de naissance : 03/03/1987

Adresse : 24, Rue La Pyramide ETG3 Appt 7 Belvedere

Tél. : 06 55 31 36 05 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Remboursement Complémentaire 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 : Casablanca

Le : 18/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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.

**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

#### **RELEVE 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

## **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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

<b>Police N°</b>	: 0600999159	<b>Contractante</b>	: Bsh Electromenagers
<b>Assuré</b>	: Ezzaher Badr	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 22/08/2023
<b>N° Adhésion</b>	: 24	<b>Date de validation</b>	: 28/08/2023
<b>Personne soignée</b>	: Ezzaher Badr	<b>Date de survenance</b>	: 21/07/2023
<b>Sinistre N°</b>	: 5715101	<b>Déclaration N°</b>	: 180488868A
<b>Bordereau N°</b>	: 922940	<b>Médecin Traitant</b>	: BADAOUI ABDELLATIF
<b>Intermédiaire</b>	: 10592 VIDAL ASSURANCES CASABLANCA 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)
CONSULTATION / SPECIALISTE	300.00	NA	NA	300.00	NA	85.00 %	255.00
MONTURE	600.00	NA	NA	500.00	NA	85.00 %	425.00
VERRES	600.00	NA	NA	500.00	NA	85.00 %	425.00
<b>Totaux</b>	<b>1 500.00</b>			<b>1 300.00</b>			<b>1 105.00</b>

### Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
TVA/MONTURE	100.00	TVA NON REMBOURSABLE
TVA/VERRES	100.00	TVA NON REMBOURSABLE
<b>Totaux</b>	<b>200.00</b>	

**Nom du gestionnaire : EZZOUBAYR FATIMA ZAHRA**

**Date de l'édition : 28/08/2023**

- 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.  
 Assurance Non Vie Assurance Vie  
 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.  
 Les frais de remboursement ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

!s  
et par maladie

ter les cachets  
les noms et les  
faire) inscrits de

compagnée de  
; médicaments,  
ainsi que toutes

malade doivent  
ens eux-mêmes,

die doivent être  
ois au plus tard

; circonstances,

concernant les  
nnances.

surgicale, la  
npagnée d'une  
le devront être  
lation des frais  
ition et le détail

donnances remis  
r la Compagnie.

ssurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances \* siège social : 22.341. CNSS: 167.8541\* Taxe professionnelle: 355.11.249 - IF: 01084025 - ICE: 000230054000034\* Tél: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81

- Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.
- Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.
- Lorsque la personne bénéfice d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.
- Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaire.
- Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

Police n° : .....  
Adhésion n° : .....  
Nom de l'assuré(e) : .....  
Date de consultation : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....

Maladie     Maternité     Optique     Traitements spéciaux

Société contractante

Société contractante : .....

N° de police : .....

N° d'adhésion : .....

N° d'adhésion du conjoint : .....

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : ELZAHER Prénom(s) : BADR

N° de C.I.N : BE 764537 Date de naissance : 28.08.1982

Adresse : 24 Rue Pyramide Rés. DARMANE CONFORT BOUVEDA 2E Ville : CASABLANCA

Montant des frais engagés : 1500,00 DH N° GSM 0620 26 00 94

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 09.08.2023

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés. La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°08-09° relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tel.: 00 56 43 0522 - MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances \* siège social : 216, Boulevard Zerkouni-20 000 Casablanca Maroc \* RC Casablanca : 22.341. CNSS: 167.8541\* Taxe professionnelle: 355.11.249 - IF: 01084025 - ICE: 000230054000034\* Tél: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81

VOLET DÉTACHABLE  
Déclaration de maladie N° **18048868**

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

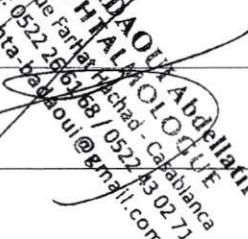
Police n° : .....  
Adhésion n° : .....  
Nom de l'assuré(e) : .....  
Date de consultation : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....

**À remplir par le Médecin**

**Renseignements concernant le patient**

Nom du patient : BADR Prénom(s) du patient : BADR  
 Date de naissance : 13/02/1988 Lien de parenté avec l'assuré(e) :  
 Nature de la maladie : AME MOLIS  
 S'il s'agit d'un accident, indiquer la cause :  
 Fait à : CSO, le 21-07-2023

**Détail des soins (à remplir par le Médecin)**

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
<u>21-07-2023</u>	<u>2</u>		<u>300,-</u>	  Dr. B. A. D. R. Abdellatif 27, Rue Farhat Hached, Casablanca ophta-badaoui@gmail.com 0522 266 088 / 0522 43 02 71

**Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)**

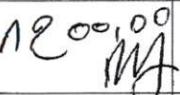
Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture

**Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Sign. N° d'a

**Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux**

Devis  Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_  
 Facture  Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_

Date des soins	Nombre				Sig N° d'a
	AM	PC	IM	IV	
<u>21-07-2023</u>	<u>7+V</u>				<u>1200,00</u> 
					ADE Opticien Lots Et Bourgo

**Cadre réservé à SAHAM Assurance**

Médecin conseil	

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء  
و تصحیح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا  
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

## DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la  
cataracte et de la correction visuelle au laser des  
myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

Casablanca, le ..... 21/07/2023 ..... في البيضاء

Monsieur EZZAHER Badr

## VERRES + MONTURE

## DE LOIN Photochromiques

Oeil Droit : (90° -1,00) + 0,25

Oeil Gauche : (85° -1,25) -0,25

~~ADEN OPTIQUE SARL  
Opticien Optométriste Contactologue  
Lois El Beyrouni Rés. El Fath n° 4  
Bourgogne Casa Tél 05 22 56 29 05~~

*Dr BADAOUI Abdellatif  
OPHTALMOLOGUE  
27, Rue Ferhat Hachad - Casablanca  
Tél: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71  
ophta.badaoui@gmail.com*



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad  
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.  
E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouilabdellatif.com - www.casablancalaservision.com

**ADEN OPTIQUE**  
  
**ADEN OPTIQUE**  
 20230 CASABLANCA  
 Tél: 0522362905



M. Badr EZZAHER

**FACTURE N° : F114074**

Date : 09/08/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TTC
2	VER	VERRES ORGANIQUE ANTIREFLET	300.00		600.00	
1	MON:	MONTURE OPTIQUE	600.00		600.00	

**Corrections :**

VL D. Sph: +0.25 Cyl: -1.00 Axe: 90°  
 VL G. Sph: -0.25 Cyl: -1.25 Axe: 85°

ADEN OPTIQUE SARL  
 Opticien Optométriste Contactologue  
 Lots El Beyrouti Rés. El Fath n° 4  
 Bourgogne Casa - Tel 05 22 36 29 05

<b>Palements</b>	
Acomptes	0.00
Tiers payant	0.00
<b>Montant total payé :</b>	<b>0.00</b>
Solde :	1200.00

<b>Totaux</b>	
Total hors TVA :	1000.00
Montant TVA :	200.00
<b>Total TTC :</b>	<b>1200.00</b>