

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° S19-0001540

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12953 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELNARZOUKI Zineb Date de naissance : 03/03/1987
Adresse : 24, Rue La Pyramide ETG 3 Appt 3 Beledere
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 :
☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :
18 SEP 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
18 SEP 2023

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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

[illegible][illegible]

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

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600999159	Contractante	: Bsh Electromenagers
Assuré	: Ezzaher Badr	Date de réception de la déclaration	: 22/08/2023
N° Adhésion	: 24	Date de validation	: 28/08/2023
Personne soignée	: Ezzaher Badr	Date de survenance	: 21/07/2023
Sinistre N°	: 5715101	Déclaration N°	: 180488868A
Bordereau N°	: 922940	Médecin Traitant	: BADAQUI ABDELLATIF
Intermédiaire	: 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
Totaux	1 500.00			1 300.00			1 105.00

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
Totaux	200.00	

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.
- 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.

Déclaration de maladie N° 18048868

A

15

et par maladie

ter les cachets
les noms et les
laire) inscrits de

compagnée de
médicaments,
ainsi que toutes

malade doivent
eux-mêmes,

die doivent être
ois au plus tard

i, circonstances,

concernant les
nnances.

irurgicale, la
mpagnée d'une
le devront être
lation des frais
tion et le détail

donnances remis
r la Compagnie.

● 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 bénéficie 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.

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 : EZZAHER Prénom(s) : BADR
N° de C.I.N : BE 464557 Date de naissance : 28.08.1982
Adresse : 24 Rue Pyramide Rés. DAMANE CONFORT BELVEDERE
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 - Tél : 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.

assurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°9-17 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

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°9-17 portant code des assurances * siège social : 216, Boulevard Zerkouni - 20000 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

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

Date de consultation : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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 : ABDELKADER Prénom(s) du patient : BADR
 Date de naissance : 21-07-2023 Lien de parenté avec l'assuré(e) : Amé
 Nature de la maladie : Amé
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Amé
 Fait à : CASO, 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
21-07-2023	2		309,00	

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	Signature

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : 0 Établi le : 21-07-2023
 Facture ☐ Nombre de séances : 0 Établi le : 21-07-2023

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et N° d'a
	AM	PC	IM	IV		
21-07-2023		7+V			1200,00	ADE Opticien
						Lois El Bourgo

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	
-----------------	--

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophthalmologiste 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

الدكتور بدوي عبد اللطيف

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

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le21/07/2023..... في البيضاء

Monsieur EZZAHER Badr

VERRES + MONTURE

DE LOIN Photochromiques

Oeil Droit : $(90^\circ -1,00) + 0,25$

Oeil Gauche : $(85^\circ -1,25) -0,25$

ADEN OPTIQUE SARL
Opticien Optométriste Contactologue
Lots El Beyroun - Rés. El Fath n° 4
Bourgogne Casa - Tél 05 22 36 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.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaservision.com



M. Badr EZZAHER

FACTURE N° : F114074

Date : 09/08/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant
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 Beyrouth Rés. El Fath n° 4
Bourgogne Casa - Tél 05 22 36 29 05

Paielements

Acomptes 0.00
Tiers payant 0.00
Montant total payé : 0.00
Solde : 1200.00

Totaux

Total hors TVA : 1000.00
Montant TVA : 200.00
Total TTC : 1200.00