

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9459 Société : RAT

Actif  Pensionné(s)  Autre :

Nom & Prénom : EL BOGMADOUJANTE

Date de naissance : 01 05 1966

Adresse :

Tél. : 06 65 12 85 07 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : COMPLEMENT

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 : 08/08/2023 Le : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## À remplir par le Chirurgien Dentiste

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient :	FILATCHOUF	Prénom(s) du patient :	Fatima
Date de naissance :	04/11/1980	Lien de parenté avec l'assuré(e) :	
Nature de la maladie :	Scier		
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :			
Fait à : Essaouira, le 04/08/2023			

### Soins Dentaires

#### Soins

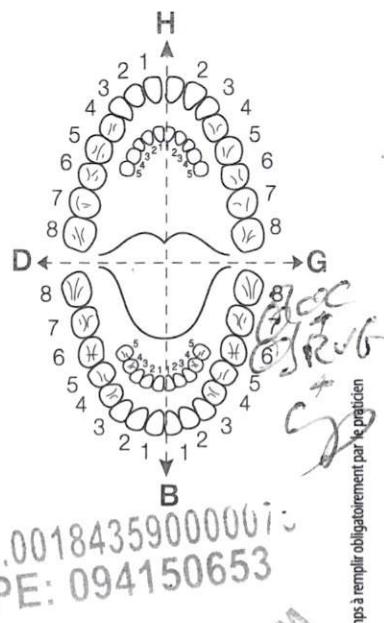
Les extractions de plus de 5 dents nécessitent l'accord préalable de la compagnie

Devis	<input type="checkbox"/>	Établi le :	
Facture	<input checked="" type="checkbox"/>	Établie le :	04/08/2023

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
17/23	36	RVG	26	100,-
17/23	37	RVG	26	100,-
17/23	36	OC	225	100,-
17/23	37	OC	225	100,-
17/23	36	RVG	225	100,-
17/23	37	RVG	225	100,-
17/23	36	CD	225	100,-
17/23	37	CD	225	100,-

Total des honoraires : #1000 Dh

Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis /signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
<i>Docteur. Medecin en Chirurgie Dentaire et de la Prothese. Spécialiste en Orthodontie. Particulier et Professionnel. Casablanca. 0523 909 909. 0568 771 1773</i>		



### Prothèse dentaire et orthodontie

#### Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis	<input type="checkbox"/>
Facture	<input checked="" type="checkbox"/>

Établi le :  
Établie le :

#### Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
		N° ICE	N° INP

Total des honoraires : Dh

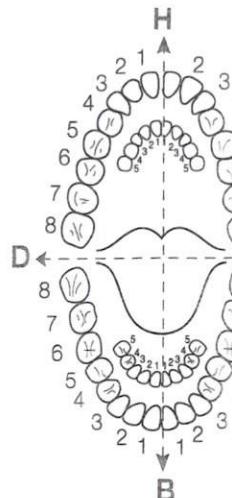
#### Traitements ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le

N° ICE	N° INP	Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien

### Pharmacie - Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement
			N° ICE N° INP
			N° ICE N° INP
			N° ICE N° INP
			N° ICE N° INP



**DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE**

<b>Police N°</b>	: 0600993038	<b>Contractante</b>	: Societe Serima
<b>Assuré</b>	: Filahchouf Fatima	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 25/08/2023
<b>N° Adhésion</b>	: 74	<b>Date de validation</b>	: 29/08/2023
<b>Personne soignée</b>	: Filahchouf Fatima	<b>Date de survenance</b>	: 04/08/2023
<b>Sinistre N°</b>	: 5717220	<b>Déclaration N°</b>	: 5991597B
<b>Bordereau N°</b>	: 923305	<b>Médecin Traitant</b>	: AZIM ADIL
<b>Intermédiaire</b>	: 10302 GRAS SAVOYE MAROC SA		

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)
SOINS DENTAIRES	1 700.00	NA	NA	1 700.00	NA	80.00 %	1 360.00
<b>Totaux</b>	<b>1 700.00</b>			<b>1 700.00</b>			<b>1 360.00</b>

Détail explicatif des soins non remboursés		
Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
<b>Totaux</b>		

**Nom du gestionnaire : TAYTAY KHALID**
**Date de l'édition : 29/08/2023**

- 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 couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
- c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général du contrat.



Déclaration dentaire n°

5991597

B

**Société contractante**

Société contractante : SE RIMA

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

**Cachet de la société contractante**

**Renseignements concernant l'assuré(e)**

Nom : FATIMA

Prénom(s) : FA LAH CHOUF

N° de C.I.N. :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Montant des frais engagés : 1000,00

DH N° GSM

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 18/08/2023

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°09-08 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 Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zerktouni – 20000 CASABLANCA  
Tél : 05 22 42 06 06 – MAROC.  
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospection commerciale en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

**VOLET DÉTACHABLE**

Déclaration dentaire n°

5991597

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

**Exemplaire à conserver par l'assuré.**

Police n° : \_\_\_\_\_

Adhésion n° : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

CABINET DE MEDECINE DENTAIRE

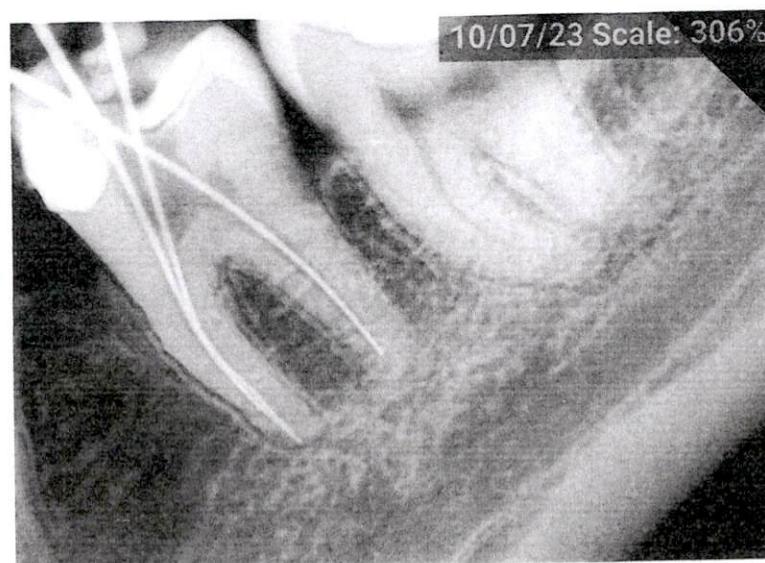
ET ORTHODONTIE

Dr . Adil AZIM

Bd, Ali Yaata Rés. AL Assil Imm 55 H.M

- CASABLANCA- 0522 61 90 95

**FILAHCHOUF FATIMA**



RVG : 36

Docteur. ADIL AZIM  
Médecin dentiste

Spécialisé en Orthodontie et Implantologie  
Expert judiciaire à la cour d'appel de Casablanca  
55 Rés. AL ASSIL Bd Ali Yaata, H.M Casablanca  
0522619095 - 0668711773

CABINET DE MEDECINE DENTAIRE  
ET ORTHODONTIE  
Dr . Adil AZIM  
Bd, Ali Yaata Rés. AL Assil Imm 55 H.M  
- CASABLANCA- 0522 61 90 95

**FILAHCHOUF FATIMA**



BVG : 36 - 37

Dr. Adil AZIM  
Médecin Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie et Implantologie  
Immatriculé à la cour d'appel de Casablanca  
5465 AL ASSIL Bd Ali Yaata H.M Casablanca  
05322619095 - 066271173

CABINET DE MEDECINE DENTAIRE  
ET ORTHODONTIE  
Dr . Adil AZIM  
Bd, Ali Yaata Rés. AL Assil Imm 55 H.M  
- CASABLANCA- 0522 61 90 95

**FILAHCHOUF FATIMA**



RVG 37

**Docteur. ADIL AZIM**  
Médecin dentiste

Spécialiste en Orthodontie et Implantologie  
Expert judiciaire à la cour d'appel de Casablanca  
55 Rés Al ASSIL Bd Ali Yaâta, H.M Casablanca  
0522619095 - 0668711779