

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-833989

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13007 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FEDANE Imane

Date de naissance : 196389

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Complément

Nom et prénom du malade : KHALIDI Hichem Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa Le : 26 / 22 / 2024

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

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

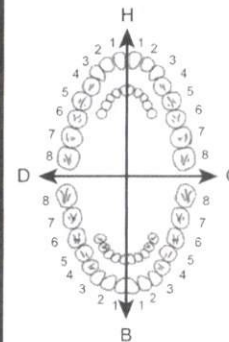
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

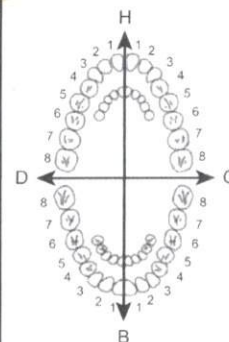
A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction] Montant des Honoraires
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Recommandations importantes

Etablir une déclaration par personne et par maladie

- La déclaration maladie doit comporter les cachets de l'employeur et du médecin traitant, les noms et les prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La déclaration maladie doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives.
- Les noms et prénoms de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises à la Compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- Les prospectus, vignettes et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés: la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail des fournitures pharmaceutiques.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc
216, Bd Zerktouni | CP: 20000 | Casablanca, Maroc
Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 471.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances, RC Casablanca: 22.341 CNSS: 367.8547 - Taxe professionnelle: 355.1249 IF: 01084025 - ICE: 000230054000034

T: +212 522 42 04 06
F: +212 522 210 63 81
sanlam.ma

VOLET DÉTACHABLE

22834382

Déclaration de maladie n°

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

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Police n°: _____

Adhésion n°: _____

Nom de l'assuré(e): _____

Date de consultation: _____

Total des frais engagés: _____

Date de dépôt: _____



Suivez vos dossiers maladie
sur l'application **Sanlam Maroc**

App Store

Google Play

Déclaration de maladie n°

22834382

A

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: **KHALIDI** Prénom(s): **Ali**
N° de C.I.N.: _____ Date de naissance: _____
Adresse: _____ Ville: _____
Montant des frais engagés: _____ 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: **Casa**, le **09/01/2024**

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assuré 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 ses 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 droits 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 engagés 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 la même sorte que leur accès est restreint à des tiers non autorisés.
L'assureur s'engage que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y conforment.
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 - Tel: 06 42 22 05 - 868400.
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de propositions commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

VOLET DÉTACHABLE

22834382

Déclaration de maladie n°

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: _____

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE
A L'ASSURE

Police N°	: 0600999848	Contractant	: Arena Property Development
Assuré	: Khalidi Hicham	Date de réception de la déclaration	: 16/01/2024
N° Adhésion	: 154	Date de validation	: 19/01/2024
Personne soignée	: Khalidi Hicham	Date de survenance	: 23/10/2023
Sinistre N°	: 5848621	Déclaration N°	: 22834382A
Bordereau N°	: 945713	Médecin Traitant	: *****

Nature de soins	Frais engagés (Dh)	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (Dh) (a)	Frais remboursés par le premier assureur (Dh)	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (Dh) (c)=(a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	300,00	NA	NA	300,00	0,00	90 %	270,00
MONTURE	2 800,00	NA	NA	2 333,33	0,00	90 %	2 100,00
VERRES	1 300,00	NA	NA	1 083,33	0,00	90 %	975,00
Totaux (Dh)	4 400,00			3 716,66			3 345,00

Détail explicatif des soins non remboursés		
Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
tva monture	466,67	TVA NON REMBOURSABLE
tva verres	216,67	TVA NON REMBOURSABLE
Totaux (Dh)	683,34	

Nom du gestionnaire : TARIKT HASSAN

Date de l'édition : 26-02-2024

(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.

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc | 216, Bd Zerktouni | CP : 20060 | Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411,687,400 de DH, Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances, RC Casablanca : 22.341, CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249
IF : 01084025 - ICE : 000230054000034

T +212 522 47 40 40
F +212 522 26 55 58
sanlam.ma

A remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : KHALSDS Prénom(s) du patient : Dr. Lina Boutagbout

Date de naissance : 13/10/1983 Lien de parenté avec l'assuré : Ophtalmologue

Nature de la maladie : Affection oculaire & Bd Abdelmoumen Rés Oushmane, 1^{er} Étage, N°3 - Casablanca, Tél : 0522 259 011 - 06 69 65 48 54

S'il s'agit d'un accident, indiquer la cause : _____

Fait à : _____, le _____

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
13/10/1983	1	Consultation	300,00 DHS	<u>Dr. Lina Boutagbout</u> Ophtalmologue & Bd Abdelmoumen Rés Oushmane, 1 ^{er} Étage, N°3 - Casablanca, Tél : 0522 259 011 - 06 69 65 48 54

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 et cachet du laboratoire ou du radiologue

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Facture ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Date des soins	Nombre	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien
	AM PC IM IV		N° d'au
08/01/24		#410046#	<u>BENKIA HAJAR</u> Imm 7 GPE 4 Lot Ennahdhi Errachidia Des Bouazza Casablanca Fix : 08 08 56 38 27

Cadre réservé à Sanlam Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier



Dr. Lina Boutagbout

Spécialiste des maladies & chirurgie des yeux
أخصائية طب و جراحة العيون

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Réfractive et de Chirurgie de Cataracte par Phacoemulsification - TOULOUSE

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Vitéo-rétinienne - BORDEAUX

Diplôme interuniversitaire de Pathologies Rétiniennes. Lariboisière - PARIS

Diplôme interuniversitaire de Contactologie - PARIS

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
دبلوم جراحة المياه البيضاء و تصحيح البصر بالليزر - تولوز
دبلوم جراحة الشبكية - بوردو
دبلوم أمراض الشبكية و السكري - باريس
دبلوم العدسات اللاصقة - باريس

ORDONNANCE

23 octobre 2023

Mr KHALIDI Hicham

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = Plan (- 0.25 à 87°)

OG = Plan (- 0.25 à 180°)

BENKIA HAJAR
3 Imm 7 GPE 4 Lot Ennahil
Errahma Dar Bouazza
Casablanca
Fix : 08 08 56 38 77

Dr. Lina Boutagbout
Ophtalmologiste
9 Rue Bachir Laalej
& Bd Abdelmoumen Rés Oushmane,
1^{er} Étage - Casablanca
Tél : 0522 259 011 - 06 69 85 43 54

لا نغير تاريخ الفحص.

9 زنقة البشير لعاج و شارع عبد المومن، إقامة اوشمان، الطابق الأول، الرقم 3، الدار البيضاء • محطة عبد المومن
9 rue Bachir Laalej & boulevard Abdelmoumen

Résidence Oushmane, 1^{er} étage, n° 3, Casablanca - Maroc • Arrêt : Station Abdelmoumen

0522 259 011 • Urgences : 0669 854 854 • contact@linaboutagbout.ma

Patente : 34700268 - IF : 25035038 - CNSS : 1088939 - ICE : 002038100000079

www.ophtalmologiste.ma

BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE
SPÉCIALISTE



HAJAR

7 Op, Annakhil Rahma -Etage MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca

RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443
ICE : 002721244000032

FACTURE N° 14038

Casablanca, le 08/10/24

M. KHALIDI HICHAM

Docteur : LINA Boutagbout

Monture : optique

2802dh

Verres : correcteurs, O.P.

VL

OD : Plan (- 0.25 à 87°)

OG : Plan (- 0.25 à 180°)

1300 dh

ADD

VP

OD :

OG :

Total :

4100 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille et cents dirhams

Signature et Chachet

HAJAR BENKIA
INPE: 095028411

BENKIA HAJAR
3 Imm 7 GPE 4 Lot Ennahil
Errahma Dar Bouazza
Casablanca
Fix : 08 08 56 38 77