

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.

Biologie 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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

ND: 30439

Déclaration de Maladie : N° P19-0006746

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADY Mohamed Date de naissance : 13-12-48

Adresse : Lot. Ain Diab II Tounsi A°9 Casablanca

Tél. : 0661214006 Total des frais engagés : Complément Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JUN 2020

Nom et prénom du malade : 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 : 29 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :


SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600995250	Contractante	: Chambre Des Conseillers
Assuré	: Mohamed Sardy	Date de réception de la déclaration	: 22/04/2020
N° Adhésion	: 597/00	Date de validation	: 23/04/2020
Personne soignée	: Aicha Rabai	Date de survenance	: 24/02/2020
Sinistre N°	: 4810403	Déclaration N°	: 15298338A
Bordereau N°	: 744808	Médecin Traitant	: MEDECIN DIVERS

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	150.00	NA	80.00 %	120.00
MEDICAMENTS	348.00	NA	NA	136.20	NA	80.00 %	108.96
ACTE SPECIALISTE	300.00	NA	NA		NA	80.00 %	
Totaux	948.00			286.20			228.96

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
FARIS CLINIQUES	150.00	Application de la nomenclature générale des actes
Visméd+Serum+Rondelles	211.80	Produits non remboursables
Biometrie	300.00	Produits non remboursables
Totaux	661.80	

Nom du gestionnaire : AMINE YASMINA
Date de l'édition : 23/04/2020

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.

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.

● 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.

SAHAM Assurance, 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 * siège social 216, Boulevard Zerktouni-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

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

N°: 15298338

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: _____

Déclaration de maladie

N°: 15298338

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante: Parlement F

N° de police: _____

N° d'adhésion: _____

N° d'adhésion du conjoint: _____

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom: SARIDY Prénom(s): Mohamed

N° de C.I.N: B63195 Date de naissance: 13-12-1948

Adresse: Lot. An. Diab. It. n° 9

Ville: Casablanca

Montant des frais engagés: _____ DH N° GSM: 0661211006

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 24/02/2020

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 SAHAM Assurances, sis au 216, Boulevard Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 0522 43 56 00 - 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°17-99 portant code des assurances * siège social 216, Boulevard Zerktouni-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

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

N°: 15298338

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: _____

A remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : **RABAI** Prénoms du patient : **Aïcha**
 Date de naissance : **1950** Lieu de naissance : **Casablanca**
 Nature de la maladie : **OD**
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
 Fait à :

Dr. Lamine ZAFAD
 Ophtalmologiste
 Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
 Quartier Palmiers - Casablanca

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
24/02/20	CS	C		Dr. Lamine ZAFAD Ophtalmologiste Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers - Casablanca
24/04/20	C		300,00	Dr. Mehdi LAHAB Anesthésiste - Réanimateur Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers - Casablanca
02/03/20	CS	C		

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
02/03/2020	308,00	Dr. Lamine ZAFAD Ophtalmologiste Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers - Casablanca

Exemplaire à conserver par l'assuré

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
24/02/20	Bio	300,00	CLINIQUE SAHAMA Caisse d'Alloc. Familiales Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard Rue Mansard Quartier Palmiers - Casablanca Tél: 05 22 77 77 40 Fax: 05 22 25 00 01

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

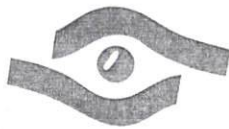
Devis ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____
 Facture ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

**ORDONNANCE**

Casablanca, le : 02/03/2020

Mr/Mme RABA
 LOT 190163
 EXP 01/2022
 PPV 55.00DH

 ✓ 55.00
• SPECTRUM 250 mg :

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

 29.60 x 2
CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 s

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 s

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 s

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

 22.40
 1. **Maxidrol POMMADE**

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

 14.40
• VISMED MULTI

1 goutte 4 fois par jour dans l'

 37.20
• SERUM PHYSIOLOGI

Un lavage le matin dans l'oeil

 30.50
• RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES
**RONDELLES OCULAIRES
ADHESIVES - ADULTE**

 CHIBRO-CADRON
 Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

 A.M.M. Maroc
 N° 116 DMP/21/NCV
 Distribué par les
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182
 Bouskoura - MAROC

 CHIBRO-CADRON
 Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH

 A.M.M. Maroc
 N° 116 DMP/21/NCV
 Distribué par les
 Laboratoires SOTHEMA
 B.P. N°1, 27182
 Bouskoura - MAROC

 Laboratoires Sothema Bouskoura
 Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
 A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
 PPV : 22,40 DHS

SYNTHEMEDIC

 22-24 Rue Zoubair Ibnou
 El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

 348.00
 10, rue Mohamed Bahi et rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quai

Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 / Fax : 05 22 25 00 01 - Ca

E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F.N° : 1007171 - Patente : 347

ZENITH Pharma

PPC : 37,20 DH

FACTURE

N° : 2228 B / 2020 du 24/02/2020

BIOMETRIE

Nom patient **RABAI EP SARDY AICHA**
PAYANT

Entrée 24/02/2020

Sortie 24/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

FACTURE

N° : 2227 B / 2020 du 24/02/2020

CPA

Nom patient **RABAI EP SARDY AICHA**
PAYANT

Entrée 24/02/2020
 Sortie 24/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00
DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste) CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00


Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

DR. MEHDI LAHBABI
 Anesthésiste Réanimator

CLINIQUE AL MADINA
 Caisse
 Angle Rue Mohamed Bahi et
 Rue Mansard Quartier Palmiers
 Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

Nom : RABAI, AICHA		Formule : SRK@/T		
ID :		Réfraction cible : 0 D		
Date de naissance : 25/12/1950		n : 1.3375		
Date de mesure : 24/02/2020				
Opérateur : Clinique Al Madina				

OD droite				OS gauche			
AL : 22.48 mm (SNR = 161.4) K1 : 44.94 D / 7.51 mm x 76° K2 : 45.42 D / 7.43 mm x 166° R / ES : 7.47 mm / 45.18 D Cyl. : -0.48 D x 76°				AL : 22.44 mm (SNR = 451.4) K1 : 43.77 D / 7.71 mm x 72° K2 : 44.70 D / 7.55 mm x 162° R / ES : 7.63 mm / 44.23 D Cyl. : -0.93 D x 72°			
Réfraction : 0 D 0 D x 0°				Réfraction : 0 D 0 D x 0°			
État : Phaque				État : Phaque			
Zeiss CT LUCIA 201P/PY		Alcon SA60AT		Zeiss CT LUCIA 201P/PY		Alcon SA60AT	
Const. A : 119.10		Const. A : 118.80		Const. A : 119.10		Const. A : 118.80	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
24.5	-1.01	24.0	-0.97	25.5	-0.94	25.0	-0.91
24.0	-0.66	23.5	-0.62	25.0	-0.59	24.5	-0.55
23.5	-0.32	23.0	-0.27	24.5	-0.24	24.0	-0.20
23.0	0.01	22.5	0.07	24.0	0.10	23.5	0.15
22.5	0.35	22.0	0.41	23.5	0.44	23.0	0.49
22.0	0.68	21.5	0.74	23.0	0.78	22.5	0.83
21.5	1.00	21.0	1.07	22.5	1.11	22.0	1.17
IOL emmé. : 23.02		IOL emmé. : 22.60		IOL emmé. : 24.15		IOL emmé. : 23.71	
Artisan posterior		Biotech Vision Eyecryl Plus 600		Artisan posterior		Biotech Vision Eyecryl Plus 600	
Const. A : 117.40		Const. A : 118.40		Const. A : 117.40		Const. A : 118.40	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.5	-1.28	23.5	-1.02	23.5	-1.26	24.5	-0.97
22.0	-0.90	23.0	-0.66	23.0	-0.87	24.0	-0.61
21.5	-0.53	22.5	-0.31	22.5	-0.49	23.5	-0.25
21.0	-0.16	22.0	0.04	22.0	-0.12	23.0	0.11
20.5	0.21	21.5	0.38	21.5	0.25	22.5	0.46
20.0	0.57	21.0	0.73	21.0	0.62	22.0	0.81
19.5	0.92	20.5	1.06	20.5	0.98	21.5	1.15
IOL emmé. : 20.78		IOL emmé. : 22.06		IOL emmé. : 21.84		IOL emmé. : 23.15	

(* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)