

# 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.

## **Éducation :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

## **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 : S.AZIZY MohamedDate de naissance : 13-12-48Adresse : Lot. Ain Diab II Immeuble 9 CasablancaTél. : 06 61 21 40 06Total des frais engagés : Complément 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 : .....

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 : casablancaLe : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

<b>Police N°</b>	: 0600995250	<b>Contractante</b>	: Chambre Des Conseillers
<b>Assuré</b>	: Mohamed Sardy	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 22/04/2020
<b>N° Adhésion</b>	: 597/00	<b>Date de validation</b>	: 23/04/2020
<b>Personne soignée</b>	: Aicha Rabai	<b>Date de survenance</b>	: 24/02/2020
<b>Sinistre N°</b>	: 4810403	<b>Déclaration N°</b>	: 15298338A
<b>Bordereau N°</b>	: 744808	<b>Médecin Traitant</b>	: 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 %	
<b>Totaux</b>	<b>948.00</b>			<b>286.20</b>			<b>228.96</b>

### 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
Vismed+Serum+Rondelles	211.80	Produits non remboursables
Biometrie	300.00	Produits non remboursables
<b>Totaux</b>	<b>661.80</b>	

**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.

## Déclaration de maladie

NO: 15298338

### 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.

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 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



#### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

NO: 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: \_\_\_\_\_

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

#### Société contractante

Société contractante : *Per Réseau F*  
N° de police : \_\_\_\_\_  
N° d'adhésion : \_\_\_\_\_  
N° d'adhésion du conjoint : \_\_\_\_\_

Cachet de la société contractante

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

Nom : *SARIY* Prénom(s) : *Mohamed*  
N° de C.I.N. : *B63195* Date de naissance : *13-12-1948*  
Adresse : *Lot. Aïn Diab El Kout N° 9* Ville : *Casablanca*  
Montant des frais engagés : \_\_\_\_\_ DH N° GSM : *0661214106*

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 *21/02/2020*

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'assuré 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'assuré 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'assuré et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations. L'assuré 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'assuré 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.: 0522 43 56 00 - 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.

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 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



#### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

NO: 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 : RABA 1 Prénom(s) du patient : Achou  
Date de naissance : 1950 Lieu de naissance : Mansourah  
Nature de la maladie : Cataracte Lieu de permanence actuel : Dr. Lachhab  
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : OD  
Fait à : Single Rue Mad Bahia - Rue des Palmiers - Casablanca

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

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

90

## **Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue	
24/02/20	B10	3000 H	<i>CLINIQUE RADIOPATHOLOGIE Angélique Mohamed Chahana Rue Mansour El Bachir Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 02</i>	
	N° ICE'	<input type="text"/>	N° INP'	<input type="text"/>
	N° ICE'	<input type="text"/>	N° INP'	<input type="text"/>
	N° ICE'	<input type="text"/>	N° INP'	<input type="text"/>

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis  Nombre de séances : ..... Établi le : .....  
Facture  Nombre de séances : ..... Établi le : .....

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------

**Exemplaire à conserver par l'assuré**

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

ORDONNANCE

Casablanca, le : 01/01/2020

Mr/Mme RABATI.....



LOT 190163  
EXP 01/2022  
PPV 55.00DH

## ✓ 550 • 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

## • Maxidrol POMMADRE

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

numéro

## • 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**

Le 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

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, 27102  
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, 27102  
Bouskoura - MAROC

## 6 118001 070404

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 Zoubir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C : 144.10

## Angle Rue

ZENITH Pharma  
PPC : 37,20 DH

## FACTURE

N° : 2228 B / 2020 du 24/02/2020

BIOMETRIE

Nom patient	RABAI EP SARDY AICHA	Entrée	24/02/2020
	PAYANT	Sortie	24/02/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

**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 Entrée 24/02/2020  
**PAYANT** 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
<b>Total Clinique</b>				<b>150,00</b>
DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste) CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>150,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

DR. Mehdi LAHBABI  
Anesthésiste Réanimateur

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

Clinique Al Madina

Nom : <b>RABAI, AICHA</b> ID : Date de naissance : 25/12/1950 Date de mesure : 24/02/2020 Opérateur : Clinique Al Madina		Formule : SRK®/T Réfraction cible : 0 D n : 1.3375	
<b>OD</b> droite	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°	<b>OS</b> gauche
	Réfraction : 0 D 0 D x 0°	Réfraction : 0 D 0 D x 0°	
	État : Phaque	État : Phaque	
<b>.Zeiss CT LUCIA 201P/PY</b>	<b>Alcon SA60AT</b>	<b>.Zeiss CT LUCIA 201P/PY</b>	<b>Alcon SA60AT</b>
Const. A : 119.10	Const. A : 118.80	Const. A : 119.10	Const. A : 118.80
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
24.5	-1.01	24.0	-0.97
24.0	-0.66	23.5	-0.62
23.5	-0.32	23.0	-0.27
<b>23.0</b>	<b>0.01</b>	<b>22.5</b>	<b>0.07</b>
22.5	0.35	22.0	0.41
22.0	0.68	21.5	0.74
21.5	1.00	21.0	1.07
IOL emm. : 23.02	IOL emm. : 22.60	IOL emm. : 24.15	IOL emm. : 23.71
<b>Artisan posterior</b>	<b>Biotech Vision Eyecryl Plus 600</b>	<b>Artisan posterior</b>	<b>Biotech Vision Eyecryl Plus 600</b>
Const. A : 117.40	Const. A : 118.40	Const. A : 117.40	Const. A : 118.40
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
22.5	-1.28	23.5	-1.02
22.0	-0.90	23.0	-0.66
21.5	-0.53	22.5	-0.31
<b>21.0</b>	<b>-0.16</b>	<b>22.0</b>	<b>0.04</b>
20.5	0.21	21.5	0.38
20.0	0.57	21.0	0.73
19.5	0.92	20.5	1.06
IOL emm. : 20.78	IOL emm. : 22.06	IOL emm. : 21.84	IOL emm. : 23.15

(\* = modification manuelle, ! = valeur incertaine !)