

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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

- 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'Horizon



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

N° W19-551243

NO: 33299

Complément

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9728

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUNIALI NABIHA

Date de naissance : 01-04-68

Adresse : Habituelle

Tél. : 2634 60 4788

Total des frais engagés : 464,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 13 pt 1, 20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]


SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600999497	Contractante	: Le Cenacle Club
Assuré	: Khalid Lamhaya	Date de réception de la déclaration	: 11/05/2020
N° Adhésion	: 211	Date de validation	: 13/05/2020
Personne soignée	: Khalid Lamhaya	Date de survenance	: 09/01/2020
Sinistre N°	: 4813375	Déclaration N°	: 14859793A
Bordereau N°	: 745795	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)
VISITE / CONSULTATION	200.00	NA	NA	150.00	NA	80.00 %	120.00
MEDICAMENTS	264.30	NA	NA	184.40	NA	80.00 %	147.52
Totaux	464.30			334.40			267.52

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Cs	50.00	Application de la nomenclature générale des actes
FITORAX	79.90	Produits non remboursables
Totaux	129.90	

Nom du gestionnaire : BABA JAMEL
Date de l'édition : 13/05/2020

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.

**SAHAM**
Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N°14859793

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 : Lamy Prénom(s) : Khalid
N° de C.I.N : BE 47354 Date de naissance : 13/08/1966
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 : Casablanca, le 22/08/2020**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-20 000 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°14859793

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 :

www.sahamassurance.ma



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

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-20 000 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° 14859793

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 : _____

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : LAOHAIA Prénom(s) du patient : Khalid
 Date de naissance : _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____
 Nature de la maladie : _____
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____
 Fait à : _____, le 09-01-2020

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
<u>09/01/2020</u>	<u>C</u>		<u>2000</u>	<u>[Signature]</u>
N° ICE			N° INP	
N° ICE			N° INP	

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
<u>09/01/2020</u>	<u>26430</u>	<u>[Signature]</u>
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré

حصنة رقم:
صنع في:
صالح إلى:

Lot: 1088317
Fab: 07-2017
Exp: 06-2020

Il est important que
les de MONOZECCLAR
devez prendre chaque
se, pendant l'entière

de la nourriture et doit
La dernière date à laquelle cette notice a été approuvée

Il est possible que vous receviez une boîte contenant une
seule dose de MONOZECCLAR, pour vous permettre de
démarrer votre traitement immédiatement. Cette dose
unique ne constitue pas un traitement complet. Vous
devez aussi recevoir une prescription pour les autres
comprimés dont vous avez besoin.

Respectez toujours la posologie indiquée par votre
médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou
votre pharmacien. La dose habituelle de MONOZECCLAR
pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans est de
500 mg une fois par jour, pendant 6 à 14 jours.

En cas d'infection grave, votre médecin peut augmenter la
dose à deux comprimés de 500 mg. Si tel est le cas, vous
devez prendre ces deux comprimés en même temps. Pour
vous faciliter la tâche, il est possible que vous receviez une
boîte contenant 2 comprimés dans chaque alvéole de la
plaquette.

3. COMMENT PRENDRE MONOZECCLAR

Ce médicament contient 0,665 mmol de sodium (ou
15,3 mg) par comprimé. À prendre en compte chez les
patients suivant un régime contrôlé en sodium.

Informations importantes concernant certains
composants de MONOZECCLAR

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance
à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce
médicament.

conduire des véhicules ou à utiliser des machines.
- chlorure de sodium (pour le traitement de la tuberculose)
- chimiothérapie)
- apripitant (pour prévenir les vomissements pendant la
- méthylprednisolone (un stéroïde traitant l'inflammation)
- tolterodine (pour traiter les problèmes de vessie)
- érectiles)
- sildenafil, tadalafil ou vardenafil (contre les troubles
- fongiques)
- itraconazole ou fluconazole (contre les infections)
- réduire un antibiotique comme la pénicilline

Ne pas utiliser de façon prolongée sans l'avis du médecin et en particulier si les troubles persistent
au-delà de 5 jours.

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

Granulés (avec sucre) pour solution buvable : Boîte de 8 sachets.
Granulés (sans sucre) pour solution buvable : Boîte de 8 sachets.

A CONSERVER A UNE TEMPÉRATURE NE DÉPASSANT PAS 25°C ET A L'ABRI DE L'HUMIDITÉ.
NE PAS DÉPASSER LA DATE DE PÉREMPTION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT
EXTÉRIEUR.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.



21, Quartier Burger - Casablanca

4 g par jour.

Précautions d'emploi :

- L'absorption de boissons alcoolisées ou de sédatifs (barbituriques en particulier) qui potentialisent l'effet sédatif des antihistaminiques est à éviter pendant le traitement.
- Granulés avec sucre : tenir compte, dans la ration journalière, de la teneur en saccharose.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

L'absorption de boissons alcoolisées ou de sédatifs est déconseillée pendant le traitement.
AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT
SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU
A VOTRE PHARMACIEN.

Autorisations du Ministère de la Santé n° :

Fitorax® Adultes / DA 20151405347DMP/20UCA/v1

Fitorax® Enfants / DA 20161405271DMP/20UCA/v1

Autorisation sanitaire ONSSA n° : ES.5.229.16

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Fleximat 424080

9421DEP/MAR002

www.sahamassurance.ma

Lot :
A consommer
avant le :
PPC : 79,90 DH

190662
10/2022

...on buvable, flacon 200ml.
...solution buvable, flacon 200ml.

PROPRIETES :
Fitorax® solution buvable est à base d'extraits de propolis, d'échinacée ainsi que d'autres actifs naturels qui contribuent à libérer les voies respiratoires encombrées et à apaiser l'irritation de la gorge tout en fortifiant les défenses naturelles de l'organisme procurant ainsi un confort respiratoire global.

UTILISATIONS :

- Voies respiratoires encombrées.
- Gorge irritée.
- Enrouement.

CONSEILS D'UTILISATION :

- Fitorax® Adultes : 1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par jour.
- Fitorax® Enfants : - Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour.
- De 4 à 12 ans : 1 cuillère à soupe 3 fois par jour.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai d'un mois.
- Le produit peut présenter des sédiments dus à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.
- Fitorax® Adultes est déconseillé chez la femme enceinte.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

Fabriqué par Pharmalife Research s.r.l. - Italie.
Importé et distribué au Maroc par MEDIPRO Pharma

Autorisations du Ministère de la Santé n°:
Fitorax® Adultes / DA 20151405347DMP/20UCA/v1
Fitorax® Enfants / DA 20161405271DMP/20UCA/v1
Autorisation sanitaire ONSSA n° : ES.5.229.16

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

9421DEP/MAR002

www.sahamassurance.ma