

## 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.

### Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de reéducations
- 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

- 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

N° W19-553663

COMPLÉMENT.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUKAI BY SAID

Date de naissance :

16.02.1971

Adresse :

11 Rue de l'E1Y App 7. BELLAGE  
OASIA

Tél. : 06 66 13 27 32

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENT

Date de consultation :

16/08/2020

SANAA

Age: 44

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NYA PhuAP

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 : OASIA

Signature de l'adhérent(e) :

SAID

Le : 06/08/2020

ACCUEIL

SAID - 15144704 A

## 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
•	•	•	•	INP : <input type="text"/>
•	•	•	•	
•	•	•	•	
•	•	•	•	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de MPF.

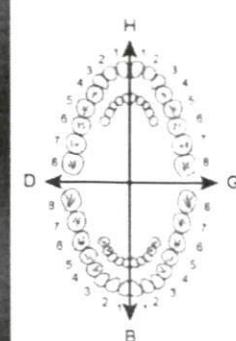
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433453

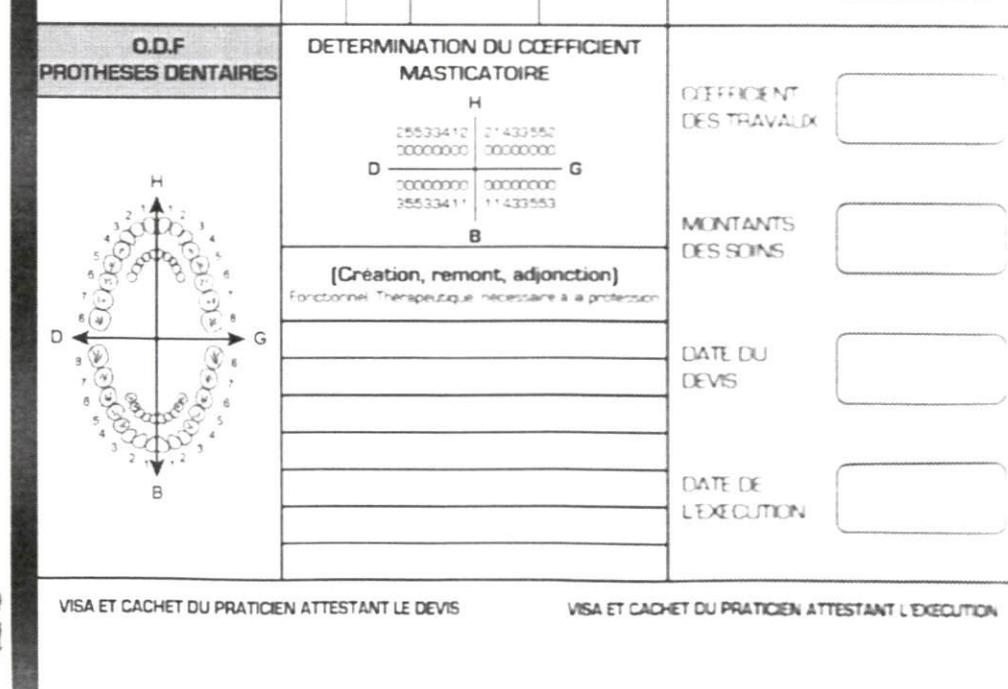
[Création, remont, adjonction]

Postponed Therapeutic dependence is a problem



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION





## Recommendations importantes

Etablir une déclaration par personne et par maladie

- |   |   |  |  |  |   |   |   |
|---|---|--|--|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les noms et prénoms de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les prospectus, vignettes et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai de 15 jours.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pli confidentiel : dans le cas où la maladie a un caractère confidentiel, en préciser la nature et la cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un acte de naissance du nouveau né.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Lorsque la personne bénéficiaire d'un paiement remboursement auprès d'un régime de prévoyance l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photographies justificatives et l'original du décompte règlement délivré par cet organisme.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Afin de proroger la garantie des enfants âgés de 18 à 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat scolarité correspondant à l'année d'assurance consécutive.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficie d'aucun régime de prévoyance, demander la question relative à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli accompagné des pièces justificatives nécessaires.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Reclamations : toute réclamation doit être formulée dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.</li> </ul>   |

**SAHAM**  
Assurance

member of  Sanlam group

## Déclaration de maladie N°15

## Recommendations importantes

## Recommendations importantes

- 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.
  - 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

- 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.

Maladie  Maternité  Optique

Maladie  Maternité  Optique  Traite

**SOCIÉTÉ CONTRACTANTE :** SÉRIMA  
N° de police : 993038  
**N° d'adhésion :** 92  
**N° d'adhésion du conjoint :** .....

<b>Renseignements concernant l'assuré(e)</b>	
Nom :	<u>LÉON A</u>
N° de C.I.N. :	<u>AN 806 1114</u>
Adresse :	<u>12, rue de la République</u>
Montant des frais engagés :	<u>50000</u>
Prénom(s) :	<u>SAINT</u>
Date de naissance :	<u>25/05/00</u>
Ville :	<u>CASABLANCA</u>
DH	<u>N° GSM</u>

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 perso  
Fait à : ..... , le .....  
.....

Signature de l'assuré(e)

## Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
23/04/2022	2000,00	CJ	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

(\* champs à remplir obligatoirement par le praticien

(\* champs à remplir obligatoirement par le praticien

## Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis	<input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :
Facture	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :
Date des soins	Nombre AM PC IM IV	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

## Cadre réservé à SAHAM Assurance

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

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

## Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
23/04/2022	24	200,00	Cey
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

(\*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

(\*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

## Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :
Facture	<input type="checkbox"/>	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		
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

## Cadre réservé à SAHAM Assurance

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

sc

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Dr. Proj. Hématologie P. 17-23 u.  
le 3. 10. 1954. lohe  
C. 3. 10. 1954. 23 u.  
tel. 55. 11. 1954. 23 u.

emplir par le Médecin)

nances (à remplir par le Pharmacien)

Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
° ICE: <input type="text"/>	N° INP: <input type="text"/>
° ICE: <input type="text"/>	N° INP: <input type="text"/>
° ICE: <input type="text"/>	N° INP: <input type="text"/>

assure

\* ) champs à remplir obligatoirement par le praticien

Cadre réservé à SAHAM Assurance

<b>Médecin conseil</b>		<b>Fiche dossier</b>
------------------------	--	----------------------

**Exemplaire à conserver par l'intermédiaire**

## CASAPATH

RECU LE : 23/04/2020  
EDITE LE : 13/05/2020

NOM & PRENOM : LEHNA SANAA  
PRESCRIPTEUR : Pr. ZAFAD  
AGE : 44 ans  
Code Patient : 060063  
N/REF : 00416304  
ORGANE : BOM

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

LNH B gastrique

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

#### ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE SUR COUPE EN PARAFFINE SUR AUTOMATE

#### BENCHMARK DE VENTANA :

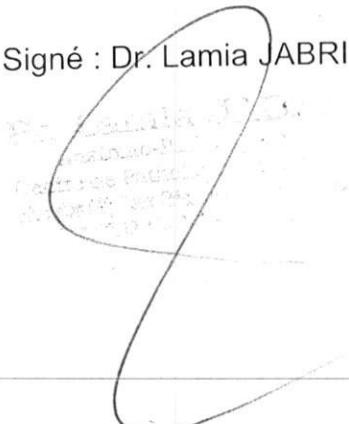
Cette étude montre que le CD20 et le CD79a marquent de rares lymphocytes au niveau des foyers granulomateux. Le CD3 marque de nombreux lymphocytes au niveau de ces foyers. Le CD68 marque de nombreux histiocytes au niveau des foyers inflammatoires granulomateux. Le CD30 met en évidence de rares cellules de grande taille activées au niveau de ces mêmes foyers. Le CD15 est négatif au niveau de ces cellules. PAX5 est négatif.

#### CONCLUSION :

L'aspect morphologique et immunohistochimique réalisé ici montre une infiltration médullaire granulomateuse inflammatoire comportant de rares cellules atypiques CD30+.

Il n'est pas vu d'infiltration lymphomateuse B à grandes cellules.

Signé : Dr. Lamia JABRI





# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

## FACTURE

REF : 20/2866

Casablanca, le 15/05/2020

Date de facturation 15 / 05 / 2020  
Médecin traitant Pr. ZAFAD  
Patient LEHNA SANAA - 060063  
Demande **I00416304 - 23/04/2020**

### Liste des examens

	<b>A Payer</b>	2 000,00	Dhs
coefficient-P		1818	

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS ET 00 CENTIMES



## CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

## FACTURE

REF : 20/2866

Casablanca, le 15/05/2020

Date de facturation 15 / 05 / 2020  
Médecin traitant Pr. ZAFAD  
Patient LEHNA SANAA - 060063  
Demande **I00416304 - 23/04/2020**

### Liste des examens

**A Payer** 2 000,00 Dhs

**coefficient-P** 1818

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS ET 00 CENTIMES



**Dr. Saadia ZAFAD**

Professeur Agrégée  
Hématologie Clinique  
Adultes - Enfants  
Oncologie Pédiatrique  
Greffé de Moelle

# مركز أمراض الدم والأنكولوجيا

## Centre d'Hématologie & Oncologie

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة  
أمراض الدم  
البالغين والأطفال  
سرطان الطفل  
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 23/2/2020

Dr. Saadia ZAFAD

IHC

**Dr. Saâdia ZAFAD**  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
Gsm: 06 62 54 22 07



**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

<b>Police N°</b>	: 0600993038	<b>Contractante</b>	: Societe Serima
<b>Assuré</b>	: Sanaa Lehna	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 04/06/2020
<b>N° Adhésion</b>	: 92	<b>Date de validation</b>	: 10/07/2020
<b>Personne soignée</b>	: Sanaa Lehna	<b>Date de survenance</b>	: 23/04/2020
<b>Sinistre N°</b>	: 4818971	<b>Déclaration N°</b>	: 15144704A
<b>Bordereau N°</b>	: 747345	<b>Médecin Traitant</b>	: ZAFAD SAADIA

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)
ANALYSE	2 000.00	NA	NA	2 000.00	NA	80.00 %	1 600.00
<b>Totaux</b>	<b>2 000.00</b>			<b>2 000.00</b>			<b>1 600.00</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 : MOUSSAOUI SOFIA

Date de l'édition : 10/07/2020

- 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.