

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 rééducation.
- 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.



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

Déclaration de Maladie

N° W19-553663

ND: 35600

COMPLEMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8630

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKAIRY SAID

Date de naissance :

16.02.1971

Adresse :

11 Rue de 1614 Apt 7. BELMOUL

Tél. :

06 66 13 27 32

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LEHNA SANAA

Age: 44

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

LYMPHOMES

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 :

02/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

SANAA: 151447044

Adresses Mails utiles

- Reclamation: 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 Alia Ben Abdellah - 1^{er} étage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible][illegible][illegible]

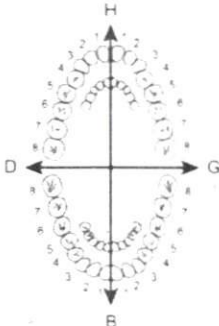
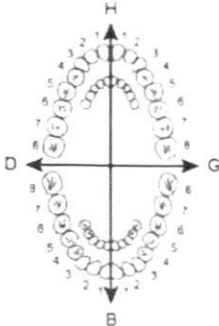
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	0000000	0000000	D	G	0000000	0000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	0000000	0000000																
	D	G																
	0000000	0000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N°15 144704

A

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : SEHIMA

N° de police : 993032

N° d'adhésion : 32

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : LEHNA

Prénom(s) : SAHIM

N° de C.I.N :

Date de naissance :

Adresse : 11 RUE VIMY

Ville : BELOUEDE

Ville : CASABLANCA

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

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 que 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 de 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 * Tel: 0522 43 56 00 * Fax: 0522 20 60 81

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

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).

N°15 144704

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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 nécessaires.
- 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.

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : LETHNA
 N° de CIN :
 Adresse : AL RUE VIKY
 Prénom(s) : SANDO
 Date de naissance : BEVEO
 Ville : CASABLANCA
 N° GSM :
 DH :
 Montant des frais engagés :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Exit: 6000

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles » -

Clause A "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 prestations promises. Elles sont destinées à l'élaboration, à l'exécution et au suivi des services de l'assureur et de ses tiers autorisés, et sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et de 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 à l'accomplissement des obligations de l'assureur, à l'accomplissement des obligations de l'assuré et à l'accomplissement des obligations de l'assureur en matière de protection des données.

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 aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°93-88 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et des lois subséquentes.

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.

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 service des données.

Boulevard Zerkoun - 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 produits et services.

De courtoisie, la cession 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 : 2176, Boulevard Jettoum - 20000 Casablanca Maroc - RC Casablanca : 22.341. (N°S : 167.8541) * faxe professionnelle : 355.11.249 - if : 01084025 - (CE : 2002/3005/400034) * tél : 0527.43.5600 * Fax: 0522.20.6031

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°17-91 du 27/10/2016, Boulevard Zerktouni-20.000 Casablanca Maroc * RC Casablanca: 22.341. CNSS: 167.85.41 * Taxe professionnelle: 355.11.249 - IF: 01084025 - ICE: 000230054

22

20

decin attestant
pates

*)champs à remplir obligatoirement par le praticien

t le paiement de la

Nombre de séances : Établi le :
 Nombre de séances : Établi le :

[illegible]

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

www.sahamassurance.ma

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
23/04/2022	24e	2000,00	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

(* champs à remplir obligatoirement par le praticien)

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐
Facture ☐

Nombre de séances : Établi le :
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
-----------------	---------------



Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique

Ex. Enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

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 des 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

A Payer	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

مصحة
المدينة
CLINIQUE
AL MADINA

مركز أمراض الدم والأكلوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

Dr. Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاض
أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 23/4/2020

Mme Le Hme Samar

IHC

Centre de Pathologie - Centre de Diagnostic
et de Recherche

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07


SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600993038	Contractante	: Societe Serima
Assuré	: Sanaa Lehna	Date de réception de la déclaration	: 04/06/2020
N° Adhésion	: 92	Date de validation	: 10/07/2020
Personne soignée	: Sanaa Lehna	Date de survenance	: 23/04/2020
Sinistre N°	: 4818971	Déclaration N°	: 15144704A
Bordereau N°	: 747345	Médecin Traitant	: 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
Totaux	2 000.00			2 000.00			1 600.00

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

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.