

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 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

- 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 Atlas Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïla 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

Déclaration de Maladie

ND 38510

N° W19-553659

COMPLÉMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630 Société : RAN.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOUKAIRY SAID
 Date de naissance : 16.02.1971
 Adresse : 11 Rue de Vigny Apt 7
 BELLABRE CASA
 Tél : 06 66 13 23 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAA Age :

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 : 02/09/20

Signature de l'adhérent(e) :


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	: 23/07/2020
N° Adhésion	: 92	Date de validation	: 29/07/2020
Personne soignée	: Sanaa Lehna	Date de survenance	: 09/07/2020
Sinistre N°	: 4844070	Déclaration N°	: 15144706A
Bordereau N°	: 752985	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	300.00	NA	80.00 %	240.00
MEDICAMENTS	337.90	NA	NA	337.90	NA	80.00 %	270.32
ANALYSE	440.40	NA	NA	440.40	NA	80.00 %	352.32
Totaux	1 078.30			1 078.30			862.64

Détail explicatif des soins non remboursés

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

Nom du gestionnaire : NACIRI FATIMA
Date de l'édition : 29/07/2020

- 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.

portantes
personne et par maladie

oit comporter les cachets
in traitant, les noms et les
ée (bénéficiaire) inscrits de

loit être accompagnée de
crivant les médicaments,
aboratoire, ainsi que toutes

a personne malade doivent
ar les praticiens eux-mêmes,

nt une maladie doivent être
s les trois mois au plus tard
médicale.

ir les causes, circonstances,

s et PPM concernant les
nts aux ordonnances.

édicale ou chirurgicale, la
t être accompagnée d'une
e sur laquelle devront être
tes, la ventilation des frais
d'hospitalisation et le détail
ques.

onéraires et ordonnances remis
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.

ssurances 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 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

15 144706

conservez le.
ur toute réclamation ultérieure.

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 :
N° de police :
N° d'adhésion :
N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : Prénom(s) :
N° de C.I.N : Date de naissance :
Adresse :
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 : , 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 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

N° 15 144706

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).

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 : LEHNA Prénom(s) du patient : SANDIA
 Date de naissance : 08/07/2020 Lien de parenté avec l'assuré(e) : lymphome
 Nature de la maladie : lymphome
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : CARTE D'ACCIDENT
 Fait à : 08/07/2020

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
08/07/2020	1	contrôle		Dr. Sandia ZAFAD Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 44
09/07/2020	55	3 mn		Dr. Sandia ZAFAD Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 44

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

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet ou du rad
08/07/2020	B 310.	440, 402	

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 N° d'autorisation d
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche d

(*) Champs à remplir obligatoirement par le praticien

CLINIQUE
AL MADINA

مركز أمراض الدم والآنكولوجيا
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

RDV le
05/07/20
Consultat
+ Hospitalisa

Casablanca, Le :

08/07/20

Nom / Prénom : LEINA Saadia

Age :

Renseignements cliniques :

- ☒ NFS + plaquettes
- ☐ Réticulocytes
- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☒ ASAT / ALAT
- ☐ GGT
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☒ Bilirubine
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Ferritine
- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Fibrinogène
- ☐ TP
- ☐ TCK
- ☐ D-Dimères
- ☐ Autres

- ☐ Myélogramme
- ☐ Natrémie
- ☐ Kaliémie
- ☐ Calcémie
- ☐ Acide urique
- ☐ Sérologie HBS
- ☐ Sérologie HCV
- ☐ Sérologie HIV
- ☐ LDH
- ☐ B2microglobuline
- ☐ Electrophorèse des protides
- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 (LG) - Fax: 05 22.23.06.66 - E-mail : szafad@hotmail.com - CASABLANCA



مختبر التآزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur SAADIA ZAFAD

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard

Clinique Al Madina, Quartier Palmiers

CASABLANCA

Examen du 08/07/20 - Edité le 08/07/20

Madame LEHNA SANAA

Réf. : 20G419

Page : 1/2

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

06/07/2020

HEMATIES -----	3,82	10 ⁶ /mm ³	4,2 - 5,2	3,89
HEMOGLOBINE -----	11,4	g/100 ml	12 - 16	11,5
HEMATOCRITE -----	36,3	%	38 - 47	36,8
- VGM -----	95	μ ³	80 - 95	95
- TGMH -----	30	pg	27 - 33	30
- CGMH -----	31	g/100 ml	30 - 35	31
LEUCOCYTES -----	7 100	/mm ³	4000 - 10000	6700
FORMULE				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES -----	40	%	50 - 70	53
ou		2 840 /mm ³	2000 - 7500	3551
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES -----	1	%	1 - 3	1
ou		71 /mm ³		67
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES -----	0	%	< 1	0
ou		0 /mm ³		0
LYMPHOCYTES -----	46	%	20 - 40	35
ou		3 266 /mm ³	800 - 4000	2345
MONOCYTES -----	13	%	2 - 10	11
ou		923 /mm ³		737
PLAQUETTES -----	138 000	/mm ³	150000 - 400000	84000
OBSERVATIONS -----	Anisocytose			

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

17/06/2020

UREE -----	0,24	g/l	0,15 - 0,45	0,27
ou		4,00 mmol/l		
BILIRUBINE TOTALE -----	5	mg/l	3 - 10	6
ou		9 μmol/l		
BILIRUBINE LIBRE -----	3	mg/l	3 - 10	3
ou		5 μmol/l		
BILIRUBINE CONJUGUEE -----	2	mg/l		3
ou		3 μmol/l		

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur SAADIA ZAFAD

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard

Clinique Al Madina, Quartier Palmiers

CASABLANCA

Examen du 08/07/20 - Edité le 08/07/20

Madame LEHNA SANAA

Réf. : 20G419

Page : 2/2

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

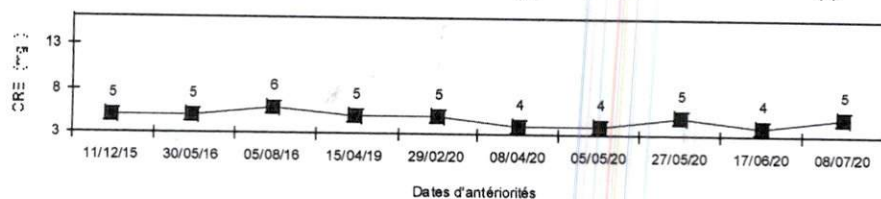
CREATININE

5 mg/l

6 - 12

4

ou

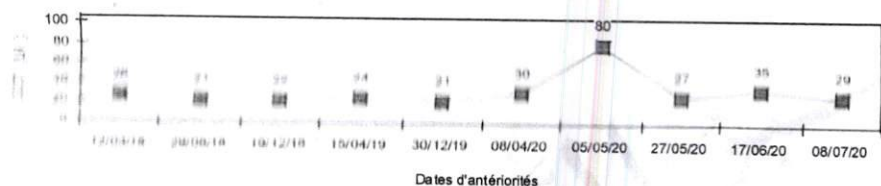
44 $\mu\text{mol/l}$ 

TRANSAMINASES OT

29 UI/I

< 35

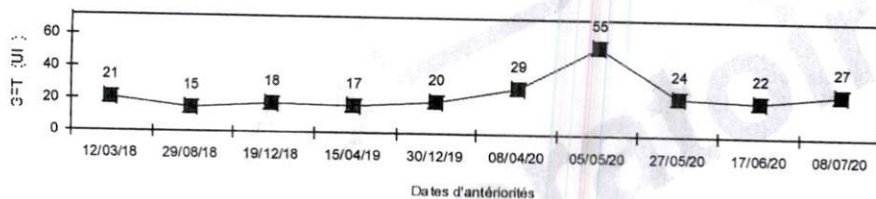
35

TRANSAMINASES PT

27 UI/1

< 35

22



LABORATOIRE TAZI
TAZI Karim
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél: 0522 27 23 08 - Fax: 0522 29 64 86

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246

093001246

T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le mercredi 8 juillet 2020 Madame LEHNA SANAA

FACTURE N°	312538
------------	--------

Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Urée -----	B	30	
Chimie : Bilirubines Totale, libre et co -----	B	70	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Chimie : Transaminases -----	B	100	Total : B 310

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

440,40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Quarante Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39
Fax : 0522 29 64 86

BOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

Le : 08/07/2020

Alger Casablanca
22 275239 / 275388

Dossier : 20G419

73190

B : 310

de : Madame LEHNA SANAA

Analyses : URE BIC CRE TRA NFP

RETRAIT LE : 08/07/2020 à 12:00

Montant du : 440,40 DH

Montant payé : 0,00 DH

Reste : 440,40 DH