

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 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

ND. 38510

N° W19-553069

COMPLAVENT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8630 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUICAI RY SAID

Date de naissance : 16.02.1971

Adresse : 11 Rue de Nézy CASA

Tél. : 06 66 13 22 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLAVENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

LYMPHOMA

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 : 08/09/2010

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL 03 SEP 2010


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

soit 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
nécale.

ir les causes, circonstances,

s et PPM concernant les
nts aux ordonnances.

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

onoraires et ordonnances remis
conservés par la Compagnie.

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 :

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : Prénom(s) :

N° de C.I.N : Date de naissance :

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 : , 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 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 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 Zerkouni-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° 15 144706

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 :	S A N D I
Date de naissance :		Lien de parenté avec l'assuré(e) :	
Nature de la maladie :	Lymphome		
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :			
Fait à :	CASABLANCA, le 08/07/2012		

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
08/07/2012	1		control	Dr. Saadia ZAFAD Professeur Agrégée Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 49
09/07/2012	1		300,00	Dr. Saadia ZAFAD Professeur Agrégée Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 49

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 radiologue
08/07/2012	B 30.	440,00	INP 093001

(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

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

Dr. Saadia ZAFAD

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

الدكتورة السعدية زفاص
أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Nom / Prénom : LETHNA Sanne

Age :

Renseignements cliniques :

- NFS + plaquettes
 - Héteiulocytes
 - Urée
 - Crétatine
 - ASAT / ALAT
 - GGT
 - Phosphatases Alcalines
 - Biliurubine
 - VS
 - CRP
 - Ferritine
 - Glycémie à jeun
 - Fibrinogéne
 - TP
 - TCK
 - D-Dimères
 - Autres
 - Myélogramme
 - Natrémie
 - Kaliémie
 - Calcémie
 - Acide urique
 - Sérologie HBS
 - Sérologie HCV
 - Sérologie HIV
 - LDH
 - B2microglobuline
 - Electrophorése des protides
 - Protéinurie des 24h
 - Electrophorése 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 التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCII
CERTIFICAT MA-2015-XIV.
QUALITATEM
www.ascii-qualitatem.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	106/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				
PERCENTAGE NEUTROPHILES -----	40	%	50 - 70	53
ou	2 840	/mm ³	2000 - 7500	3551
PERCENTAGE 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	3
ou	3	μmol/l		



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCII
CERTIFICAT MA-2015-XIV.
QUALITATEM
www.ascii-qualitatem.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 : 2/2

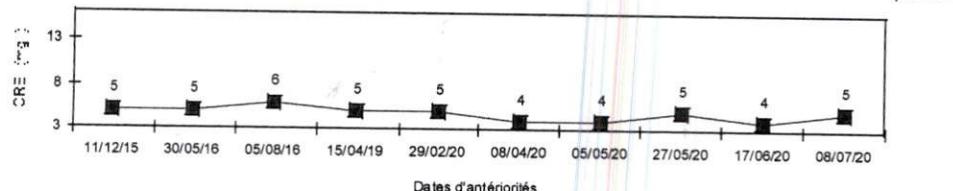
ANALYSES

RESULTATS

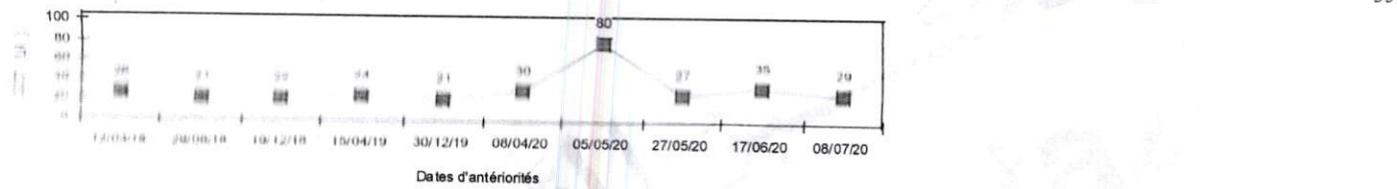
UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

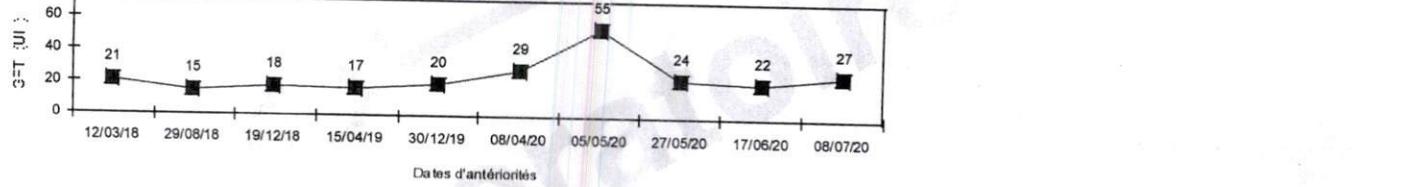
CREATININE ----- 5 mg/l 44 μ mol/l 6 - 12



TRANSAMINASES OT ----- 29 UI/l < 35



TRANSAMINASES PT ----- 27 UI/l < 35



LABORATOIRE TAZI
TAZI Karim
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger Casablanca
Tél: 0522 27 23 08 - Fax: 0522 29 64 36

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

TOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

Le : 08/07/2020

Alger Casablanca

522 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 : *391,00*
440,40 DH

Montant payé : *391,00*
0,00 DH

Reste : *391,00*
440,40 DH