

## 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.

### 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 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 | : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-531027

**COMPLÉMENT**



Maladie

Dentaire

21626

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8630

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUKARY SAID

Date de naissance :

16.02.71

Adresse :

11 Rue de VENY APPT 7 BELVEDERE  
CASA

Tél. : 06 66 13 27 32 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**COMPLÉMENT**

Date de consultation :

LE 11 A SANAA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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.

Le : 11/03/20

CASA

érent(e) :



**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>	: 13/12/2019
<b>N° Adhésion</b>	: 92	<b>Date de validation</b>	: 16/12/2019
<b>Personne soignée</b>	: Sanaa Lehna	<b>Date de survenance</b>	: 03/10/2019
<b>Sinistre N°</b>	: 4740335	<b>Déclaration N°</b>	: 14033555A
<b>Bordereau N°</b>	: 727638	<b>Médecin Traitant</b>	: RACHID KHALID

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)
MEDICAMENTS	2 492.50	NA	NA	2 492.50	NA	80.00 %	1 994.00
<b>Totaux</b>	<b>2 492.50</b>			<b>2 492.50</b>			<b>1 994.00</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 : 16/12/2019**

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

## Déclaration de maladie n° 14033555

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

### Société contractante

Société contractante : SEBIMA  
 N° de police : 99 3029  
 N° d'adhésion : 99  
 N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : LE HWA

Prénom(s) : SARAH

N° de C.I.N. :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Montant des frais engagés : 2192,50 DH N° GSM

06 61 051 802

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 22/11/19

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 égales 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 cependant 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 \* RCCasablanca:22.341.CNS3:167.8541\*Taxe professionnelle:355.11.249\*-IF:01084025\*-ICE:000230054000034\*Tél:0522435600\*Fax:0522206081

### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie n° 00000 **14033555**

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 :

**A remplir par le Médecin****Renseignements concernant le patient**

Nom du patient :	Lehns	Prénom(s) du patient :	Sebnag
Date de naissance :		Lien de parenté avec l'assuré(e) :	
Nature de la maladie :	Polyarthrite rhumatoïde		
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :			
Fait à :	Oeuvre	le	

**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
03/10/19			18	<i>C. Gahel</i>
				N° ICE [ ] N° INP [ ]
				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
03/10/19	2492,50	<i>Mme LA MOULAY ISMAIL 286-5d La Moulay Ismail 7e étage - Casablanca</i>
		N° ICE [ ] N° INP [ ]
		N° ICE [ ] N° INP [ ]
		N° ICE [ ] N° INP [ ]

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE  
DES HOPITAUX DE PARIS  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE  
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

~~101,00 x 3~~

Azeiver do : 1/3

03/10/19

(AS)

~~22,80~~

x3 Cortanezil S : 115

(AS)

Noponosic 5 / Semaine

Osteocare : 1/3

3 mois

D-Cine Forte : 1 Amp / 2 mois

~~45,00 x 3~~

Cataflam 50 : 215

(AS)

~~12h 60~~

Ebac 40 : 115

(AS)

2492,50

Dr Rachid Laraki  
400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.