

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 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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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

N° W19-531027

COMPLEMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8632

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHOUKARY SAID

Date de naissance : 16.02.71

Adresse : 11 Rue de VENAY APPT 7 BELVEDERE

CASA

Tél : 06 66 13 2732

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LEHNA SANAA

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.

CASA

Le : 11/03/20

Adhérent(e) :

[Signature]


SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N° : 0600993038
 Assuré : Sanaa Lehna
 N° Adhésion : 92
 Personne soignée : Sanaa Lehna
 Sinistre N° : 4740335
 Bordereau N° : 727638

Contractante : Societe Serima
 Date de réception de la déclaration : 13/12/2019
 Date de validation : 16/12/2019
 Date de survenance : 03/10/2019
 Déclaration N° : 14033555A
 Médecin Traitant : 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
Totaux	2 492.50			2 492.50			1 994.00

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 : 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

A

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : SEMI MA
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 : LEHWA Prénom(s) : SANA A
N° de C.I.N. : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Montant des frais engagés : 2492,50 DH N° GSM : 06 64 05 1802

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 29/11/19

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 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: 22.341.0153 * 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° 0000 **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: Sana
 Date de naissance: 03/10/19 Lien de parenté avec l'assuré(e): Dr Rachid LARAKI
 Nature de la maladie: polyarthrite chronique
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause: Chute
 Fait à: Casablanca le: 03/10/19

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		is	2492,50	<u>Dr Rachid LARAKI</u>
N° ICE		N° INP		
N° ICE		N° INP		

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Signature et cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
03/10/19	2492,50	<u>Mme. LAMOUAY ISMAIL</u> 286, Bd. Moulay Ismail - Casablanca
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

721,00 x 3
Arevir 20 : 1/5

22,80
x 3 Cortage 25 : 1/5

Nopros 1/5

Osteocare : 1/5

D-Cine Forte : 1 Amp / 2 mois

45,20 x 3
Catalham 50 : 2/5

124,60
Ebac 40 : 1/5

2492,50

Ymo le hna Senas

03/10/19

(IS)

(IS)

صيدلية مولاي اسماعيل
PHARMACIE MOULAY ISMAIL
Mme LAMRAKI IKRAM
286, Bd. Moulay Ismail - Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

3 mois

دكتور رشيد لاركي
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

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.