

# 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 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.



## Déclaration de Mali

N° W19-539132

Complément ND: 28124

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHIMA Hassan

Date de naissance : 05/11/56

Adresse : 40, Rue de la Réunion Bourgoin C+54

Tél. : 0673744333 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DEMNI SALOUA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie :

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-539132

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 3140  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

## Recommandations importantes

### 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 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.

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

Déclaration de maladie NO: 15305424

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Police n° :  
Adhésion n° :  
Nom de l'assuré(e) :  
Date de consultation :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

Déclaration de maladie NO: 15305424 A

Maladie ☒ Maternité ☐ Optique ☐ Traitements spéciaux ☒

#### Société contractante

Société contractante : O.C.P.

N° de police :

N° d'adhésion : RCAR - 588319098

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

#### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : DEMNI Prénom(s) : SALOUA

N° de C.I.N. :

Date de naissance :

Adresse : 40 Rue de la Réunion Bourgogne

Ville :

CASA

Montant des frais engagés :

DH

N° GSM : 0673744333

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 22/02/20

Signature de l'assuré(e)

SALOUA

#### 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

Déclaration de maladie NO: 15305424

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° : 588319098  
Nom de l'assuré(e) : DEMNI  
Date de consultation : 06/02/20  
Total des frais engagés : 303,30 DH  
Date de dépôt :

# À remplir par le Médecin

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : DEMNI Prénom(s) du patient : SALOUA  
 Date de naissance : 01/03/1988 Lieu de naissance : Saloua  
 Nature de la maladie : Diabète de type 2  
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : \_\_\_\_\_  
 Fait à : \_\_\_\_\_, 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 la réalisation des actes
06 FEV 2020	1	Consultation	300,00	<i>[Signature]</i>

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
06/2/20	553,30 DH	<i>[Cachet Pharmacie Dyar Chabou]</i>

N° ICE : \_\_\_\_\_ N° INP : \_\_\_\_\_

Exemplaire à conserver par l'assuré

# Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue

N° ICE : \_\_\_\_\_ N° INP : \_\_\_\_\_

## 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 du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		

N° ICE : \_\_\_\_\_ N° INP : \_\_\_\_\_

## Cadre réservé à SAHAM Assurance

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

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire

\* Champs à remplir obligatoirement par le praticien

www.sahamassurance.ma

Dr TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre-psychothérapeute

Maladies neuropsychologiques  
et psychiques - Sexologie

Clinique  
Villa des Lilas

الدكتور التيال محمد هاشم  
طبيب نفسي - معالج نفسي  
الأمراض العقلية، العصبية والنفسية  
المصوبات الجنسية

Casablanca, le 06 février 2020 .....

Mme DEMNI Saloua Epouse Benhima

TERALITHE 250 COMPRIMES SECABLES

67.60 x 2 1 cp le matin, 1 cp à midi, 1 cp le soir à 21h

TEMESTA 2,5 MG COMPRIME

29.50 1/2 à 1 cp le soir

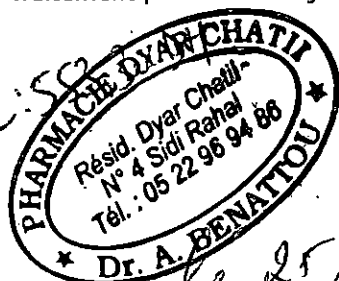
MEDIZAPIN 5 MG COMPRIMES

194.50 x 2 1 cp le matin, 2 cps le soir

IPP 20MG COMPRIME

1 cp le soir

Traitement pendant : 21 jours



Dr. TYAL M. Hachem  
PSYCHIATRE

Clinique villa des Lilas  
88-90 Bd. de L'Oasis - Casablanca  
Tél. : +212 5 22 77 66 71 - Fax : +212 5 22 25 200

le 25/02/2020 à 12h

Membre de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive,  
de la Société Française de Sexologie Clinique et de l'Institut Français d'Hypnose.

"Villa des Lilas" • 88 - 90 Bd de l'Oasis, Casablanca 20103 • Tél. : +212 522 77 66 71

Fax : +212 522 25 52 00 • E-mail : drtyal@villadeslilas.ma • Web : www.villadeslilas.ma

ICE : 001638747000090 • IF : 43400591 • TP : 34751440

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Téralithe® 250 mg, comprimé s

carbonate de lithium

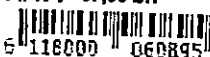
Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Alm. scty à Casablanca

Téralithe 250 mg, B100 cp

P.P.V. : 67,60 DH



nt cette notice avant de prendre ce médicament  
amations importantes pour vous.  
us pourriez avoir besoin de la lire.  
estions, interrogez votre médecin ou votre

été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à  
ourrait leur être nocif, même si les signes de leur.  
es aux vôtres.

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Téralithe® 250 mg, comprimé s

carbonate de lithium

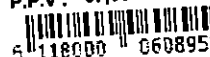
Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Alm. scty à Casablanca

Téralithe 250 mg, B100 cp

P.P.V. : 67,60 DH



ent cette notice avant de prendre ce médicament  
formations importantes pour vous.  
us pourriez avoir besoin de la lire.  
estions, interrogez votre médecin ou votre

été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à  
ourrait leur être nocif, même si les signes de leur

siateur sur identiques aux vôtres.

Si vous rencontrez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre

## Témesta® 2,5 mg

Lorazépam

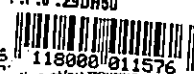
comprimé sécable

LOT : 118001  
PER: 08 2021

TEMESTA 2,5MG

CP SEC 830

P.P.V. : 29DH50



10 comprimés sécables  
MISE ?

enzodiazépines.  
le traitement de l'anxiété  
oubés gênants, ou en  
nifestations liées à un

prévention et/ou traitement  
sevrage alcoolique.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE  
AVANT DE PRENDRE TEMESTA 2,5 mg, comprimé  
sécable ?

Ne prenez jamais TEMESTA 2,5 mg, comprimé sécable  
dans les cas suivants : • allergie connue à cette classe de  
produits ou à l'un des composants du médicament, •  
insuffisance respiratoire grave, • syndrome d'apnée du  
sommeil (pauses respiratoires pendant la sommeil), •  
insuffisance hépatique grave, • myasthénie (maladie  
caractérisée par une tendance excessive à la fatigue  
musculaire).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE  
DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE  
PHARMACIEN.

## MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg

Olanzapine

Medizapin 2,5

2,5 mg

lose, Hydroxypropylcellulose, fait  
rate de magnésium, Hydroxypropyl

Oxyde de fer jaune

### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

Medizapin 2,5

2,5 mg

Hydroxypropylcellulose, faible  
e magnésium, Hydroxypropylmé

le fer jaune

Dioxyd

Oxyde

### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 2,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 7,5 mg, boîte de 10 et boîte de 30  
Comprimés pelliculés « NON SECABLES » à 10 mg, boîte de 10 et boîte de 30

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :

- Traitement de la schizophrénie.
- Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.
- Prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble bipolaire.





Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de mars 2020 OCP

مرجع التعويض عن المرض لشهر مارس 2020 OCP

DEMNI SALOUA

Matricule: 5883190980

40 RUE DE LA REUNION APP NO 4  
2EME ETAGE BOURGONE  
CASABLANCA  
CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيدتي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
15305424	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	04/03/2020	Virement
15305424	Agent	PHARMACIE	1	553.30	442.64	04/03/2020	Virement
1848584	Agent	SOINS DENTISTE	1	1 500.00	1 137.50	04/03/2020	Virement
1848584	Agent	PHARMACIE	1	507.90	406.32	04/03/2020	Virement

Total remboursement du mois de mars 2020 :

2 176.46 Dh

مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية  
لشهر مارس 2020

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدتي فائق عبارات التقدير و الإحترام.