

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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 Borgognon CS 51

Tél. : 0673744333

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

DEMNI SALOUA

Nom et prénom du malade :

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 et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

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 :

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 précisées: 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.

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-20000 Casablanca Maroc * RC Casablanca:22.341.CNSS:167.8541* Taxe professionnelle:355.11.249-IF:01084025-ICE:000230054000034*Tél:0522435600*Fax:0522206081

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

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion : RCAR - 588319098

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom: DEMNI

Prénom(s): SALOUA

N° de C.I.N.:

Date de naissance :

Adresse: 40, Rue de la Réunion Bouskoura

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)


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 ou 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-20000 Casablanca Maroc * RC Casablanca:22.341.CNSS:167.8541* Taxe professionnelle:355.11.249-IF:01084025-ICE:000230054000034*Tél:0522435600*Fax:0522206081

Police n°:

Adhésion n°: 588319098

Nom de l'assuré(e): DEMNI

Date de consultation: 06/02/20

Total des frais engagés: 353.30 DH

Date de dépôt:

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : DEMAY Prénom(s) du patient : SALOOUA
Date de naissance : 01/03/1981 Lieu de parenté avec l'assuré(e) :
Nature de la maladie :
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 du paiement des actes
6 FEV 2020	2	NChy	300	DR. SOUZA - 300,00
				N° ICE: 1111111111111111 N° INP: 09123456789
				N° ICE: 1111111111111111 N° INP: 09123456789

(*)champs à remplir obligatoirement par le praticien

Analyses - Radiographies

[*] *Chambers* à l'origine de l'industrie textile par [entité]

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis <input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :				
Facture <input type="checkbox"/>	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	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier

Dr TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre psychothérapeute
Maladies neuropsychologiques
et psychiques - Sexologue

Clinique
Villa des Lilas

الدكتور التيال محمد هاشم
طبيب نفسي - معالج نفسى
الأمراض العقلية، العصبية والنفسية
الصعوبات النفسية

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



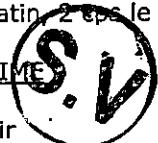
MEDIZAPIN 5 MG COMPRIMES

194,30 + 2
1 cp le matin, 2 cps le soir



IPP 20MG COMPRIME

1 cp le soir



Traitements pendant : 21 jours



Dr. TYAL M. Hachem
PSYCHIATRE

Clinique Villa des Lilas
88-90 Bd de l'Oasis - Casablanca
Tél. : +212 522 77 671 - Fax : +212 522 255 200

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.
Al'zabal Casablanca
Téralithe 250 mg. B100 cp
P.P.V : 67,60 DH

6 116000 060895

nt cette notice avant de prendre ce médicament
formations importantes pour vous.
us pourriez avoir besoin de la relire.
uestions, interrogez votre médecin ou votre
é 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.
Al'zabal Casablanca
Téralithe 250 mg. B100 cp
P.P.V : 67,60 DH

5 116000 060895

nt cette notice avant de prendre ce médicament
formations importantes pour vous.
us pourriez avoir besoin de la relire.
uestions, interrogez votre médecin ou votre

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

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

Témosta® 2,5 mg

Lorazépam

comprimé sécable

1202 30 7484
1003 1107

TEMESTA 2,5MG
CP SEC 830

10. comprimé sécable
TÉMESTA

P.P.V : 29DH50

benzodiazépines.

le traitement de l'anxiété
oubliés gênants, ou en
nifestations liées à un
sorvage alcoolique.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE
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 le 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.

1209000

MEDIZAPIN® 2,5mg, 5mg

Olanzapine

PER : NOV 2021
PPV : 194 DH 30

Medizapin 2,5
2,5 mg
ose, Hydroxypropylcellulose fait
rate de magnésium, Hydroxypropylcellulose

Oxyde de fer jaune Dr
O

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

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

1209000

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

MEDIZAPIN est un agent antipsychotique, indiqué dans le :
• Traitement de la schizophrénie.

• Traitement des épisodes maniaques modérés à sévères.

• Prévention des récidives chez les patients présentant un trouble bipolaire.

POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale, pendant ou en dehors des repas.

PER : FEV 2022
PPV : 194. DH 30

Medizapin 2,5
2,5 mg
ose, Hydroxypropylcellulose fait
rate de magnésium, Hydroxypropylcellulose
Oxyde de fer jaune Dr
O

FORMES ET PRÉSENTATIONS :

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 récidives chez les patients présentant un trouble bipolaire.



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de mars 2020 OCP

مراجع التعويض عن المرض لشهر مارس 2020

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 2020Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agrérer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدتي فائق عبارات التقدير و الإحترام.

.