

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-592466

57976

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9459

Matricule : Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELBOGOM - RADOUANE

Date de naissance : 01-05-1966

Adresse : Hay ELHADDA - Bz Bineb 3 inc n°5 Bd Oumayy - RENE ELHATTAJ - Bd MOHAMED

Tél. : 06 6212 8508 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp]

Date de consultation : [Stamp] / [Stamp] / [Stamp]

Nom et prénom du malade : [Stamp]

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : [Stamp]

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 : [Stamp] Le : 02/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

[illegible][illegible]


SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600993038	Contractante	: Societe Serima
Assuré	: Fatima Filahchouf	Date de réception de la déclaration	: 22/12/2020
N° Adhésion	: 74	Date de validation	: 25/12/2020
Personne soignée	: Fatima Filahchouf	Date de survenance	: 02/11/2020
Sinistre N°	: 4933259	Déclaration N°	: 15153666A
Bordereau N°	: 772352	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)
VISITE / CONSULTATION	150.00	NA	NA	150.00	NA	80.00 %	120.00
MEDICAMENTS	979.70	NA	NA	802.70	NA	80.00 %	642.16
Totaux	1 129.70			952.70			762.16

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Probiotis	177.00	Produits non remboursables
Totaux	177.00	

Nom du gestionnaire : LAALEJ NAIMA

Date de l'édition : 25/12/2020

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.



SAHAM
Assurance

member of group

Déclaration de maladie N°1 5153666

A

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : SOMMA

N° de police : 74

N° d'adhésion : 74

N° d'adhésion du conjoint : 74

Cachet de la société contractante

[Cachet de la société contractante]

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : FATIMA Prénom(s) : FILALCHOUF

N° de C.I.N. : 74 Date de naissance : 74

Adresse : 74

Montant des frais engagés : 1125,70 DH N° GSM : 74

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 09/10/2010

Signature de l'assuré(e) : [Signature]

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

N°1 5153666

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 : _____

W5023666-0001-0001-0001-0001

- Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ELAH CHA...

Date de naissance :

Prénom(s) du patient :

Nature de la maladie :

Lien de parenté avec l'assuré(e) :

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 le paiement des actes
02/11/20	1		150 DH	

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

(à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
02/11/2020	979,70	[Signature]
N° ICE : []	N° INP : []	
N° ICE : []	N° INP : []	
N° ICE : []	N° INP : []	

Exemplaire à conserver par l'assuré

Exemplaire à conserver par l'ins...

Docteur Yahya A. IDRISSI
 Laurent de la FMP - RABAT
 Médecin des Hôpitaux publics
 Certifié en Échographie générale
 Certification Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
 (U.REIMS - France)

الدكتور يحيى ع. الإدريسي
 خريج كلية الطب و الصيدلية بالرباط
 طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
 شهادة في أمراض السكري وعلم التغذية
طبيب الشغل
 (جامعة ريمس - فرنسا)

02/11/2020

P1380 Mme/Mlle FILAHCHOUF FATIMA

INESO 40mg prendre 1gel par jour le matin
 1mois

130,00

AMOXIL 1g 1-0-1 14jrs

3x22,10

FLAGYL 500mg prendre 1gel deux fois par jour
 14jrs

2x19,80

CLARIL 500mg 1-0-1 14JRS

2x16,00

VOGALENE sp prendre 1càs trois fois par jour
 15min avant repas

28,10

PROBIOTIS 1S deux fois par jour

3x19,00

978,70

العنوان : 64 شارع حسن العلوي الطابق الاول شقة 2 (قبالة إقامة السلام)

للمستعجلات 06 62 35 58 33 . الثابت 05 22 61 22 94

Email : dr.idrissiyahya@gmail.com

Exemplaire à conserver par l'assuré