

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.

Prothésaire :

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

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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



62036

Déclaration de Maladie : N° P19-0006754

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARDY Mahamed Date de naissance : 13-12-1948
Adresse : Lot Ain Diab II Im. A n° 9 Casablanca
Tél : 0661214006 Total des frais engagés : Complément Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 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 : Le : 3 Mars 2021

Signature de l'adhérent(e) :




SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600995250	Contractante	: Chambre Des Conseillers
Assuré	: Mohamed Sardy	Date de réception de la déclaration	: 08/02/2021
N° Adhésion	: 597/00	Date de validation	: 15/02/2021
Personne soignée	: Aicha Rabai	Date de survenance	: 25/01/2021
Sinistre N°	: 4959354	Déclaration N°	: 15573802A
Bordereau N°	: 778189	Médecin Traitant	: BOUNAIM LOUBNA

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	528.00	NA	NA	528.00	NA	80.00 %	422.40
Totaux	528.00			528.00			422.40

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 : 15/02/2021

- 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.

HAM

Sanlam group

importantes

par personne et par maladie

Le dossier doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les coordonnées (bénéficiaire) inscrits de l'assuré.

La déclaration doit être accompagnée de la prescription des médicaments, du certificat de laboratoire, ainsi que toutes les autres pièces justificatives.

Les données de la personne malade doivent être portées par les praticiens eux-mêmes, sous pli cacheté.

Concernant une maladie doivent être portés dans les trois mois au plus tard de la date de la maladie.

Préciser les causes, circonstances, et les autres données relatives à la maladie.

Les ordonnances et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.

La déclaration médicale ou chirurgicale, la prescription doit être accompagnée d'une copie de la feuille sur laquelle devront être portés les actes, la ventilation des frais, les jours d'hospitalisation et le détail des soins.

Les honoraires et ordonnances remis par le médecin doivent être 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 nécessaires.

● 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 : Casablanca Maroc * RC Casablanca : 22.341. CHSS : 167.8541 * Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034 * Tél : 0522 43 56 00 * Fax : 0522 20 60 81

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

NO: 15573802

SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie

NO: 15573802

A

Maladie ☐Maternité ☐Optique ☐Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : _____

N° de police : _____

N° d'adhésion : _____

N° d'adhésion du conjoint : _____

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : _____

Prénom(s) : _____

N° de C.I.N. : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Montant des frais engagés : _____

DH

N° GSM : _____

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 : _____

le 06 Février 2021

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 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. CHSS : 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: 15573802

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

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

Renseignements concernant le patient

Prénoms du patient : **SARDY**
 Nom de famille : **EL ALI**
 Date de naissance : **01/01/1980**
 Lieu de naissance : **574 Moulbeilla Riad EL ALI C2**
 Date de l'accident : **05/01/2021**
 Cause de l'accident : **Traumatisme**
 Date de l'accident : **05/01/2021**
 Cause de l'accident : **Traumatisme**

Attestation 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
01/01/2021	C		Gratuit	Dr. Louisa BOUHAÏM Gynécologue - Obstétricienne 574 Moulbeilla Riad EL ALI C2 Tél. 05 22 81 28 00 Fax 05 22 82 10
N° ICE : [] N° INP : []				

Attestation des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
5/01/2021	528,00	
N° ICE : [] N° INP : []		

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 : ☐ 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 M
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE : [] N° INP : []						

Cadre réservé à SAHAM Assurance

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

(*) Les champs à remplir obligatoirement par le praticien

Dr Loubna BOUNAIM

Gynécologue Obstétricienne
Accouchement - Chirurgie Gynécologique
Maladies des Seins - Stérilité
Echographie - Coelioscopie

لدكتور لبنى بونعيم

إختصاصية في الولادة و أمراض النساء
عقم - أمراض الثدي - الفحص بالصدى
الجراحة المظلمة

25/01/2021

Casablanca, le :

PPV 176DH00
PER 05123
LOT J1563

Mme SARDY AICHA

PPV 176DH00
PER 05123
LOT J1563

• ADRONAT

1 CP / 1 SA PENDANT 3 MOIS

PPV 176DH00
PER 05123
LOT J1563

Dr. Loubna BOUNAIM
Gynécologue - Obstétricienne
574 Modibo Keita Riad EL ALI Ca
Tél. 05 22 81 28 00 Fax 05 22 82 10

Dr. Loubna BOUNAIM
Gynécologue - Obstétricienne
574 Modibo Keita Riad EL ALI Ca
Tél. 05 22 81 28 00 Fax 05 22 82 10

574 Bd Modibo Keita 1^{er} étage, Riad El Ali
En Face de la mosquée Assounna
Casablanca

Tél.: (+212) 522 81 28 00 : الهاتف
Fax: (+212) 522 82 10 04 : الفاكس

57 شارع موديبو كيتا - الحنايق الأول
باب العالي - أمام مسجد البسة
دار البيضاء