

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-654496

106131

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7337		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionnée	<input type="checkbox"/> Autre :	Bounhadidin Abdeolahmane
Nom & Prénom : Bounhadidin Abdeolahmane		Date de naissance : 21/03/68	
Adresse : Rifi tutelle		Tél. : 066.1052138 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /		Age :
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca, le 01/03/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/03/2022

20717603

 Maladie Maternité Optique Traitements spéciaux

plément d'informations  
finie dans un délai d'un

où la maladie aurait un  
ser la nature sous pli  
conseil de la Compagnie.

it les frais de grossesse  
présentation d'un extrait  
é.

bénéfice d'un premier  
gime de prévoyance,  
agnie les photocopies  
inal du décompte de  
me.

s enfants âgés de plus de  
uellement un certificat de  
d'assurance considérée.

l'assuré ne bénéficierait  
emander le questionnaire  
injoint et/ou des enfants  
tourné dûment rempli et  
ives nécessaire.

ion doit être formulée au  
s à compter de la date de

t possible des sanctions

17° portant code des assurances \* siège social  
054000034\* Tél: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81

### Société contractante

Cachet de la société contractante

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : AKARZEOUPrénom(s) : SaidaN° de C.I.N : BL 1058

Date de naissance :

Adresse : MarrakechVille : Casab

Montant des frais engagés :

50 59 F.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 :

Casab

le

03/01/2008

### 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'enjeu ou des services qu'il y sont attachés. 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 où celle-ci 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 des informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n° 09-09 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 que numérique, de telle sorte que leur vol ou non-impossibilité à des tiers soit assuré.

L'assureur garantit que les personnes autorisées à traiter les données personnelles connaissent leur obligation légale 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 Assurance, 216 Boulevard Zéralda - 20000 \* ASSEB ANCA - Tél: 00 56 43 05 22 - MAROC.

De manière expresse l'assuré souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses données à des fins de campagnes commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par écrit à l'utilisation de ses données à des fins 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 portant code des assurances \* siège social 216 Boulevard Zéralda - 20000 Casablanca Maroc \* RC Casablanca 22.341 (NS) 167.61417 \* fax professionnelle 055 11.249-0.01084026 \* tel: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81

### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie N°

20717603

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

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Ce volet à conserver par l'assuré(e).

Maladies et chirurgie des yeux  
Medecin Agreee pour la visite  
Medicale d'aptitude à la conduite  
Correction de la myopie au laser

Casablanca, le 11/07/2021  
AKAZZOU SCIENCES  
PHARMACIE DE LA COLLINE  
des

Bunthes

QD. (90-175) = 7.50

$$Q_6 = (40 - 0.50) - 8.75$$

NET =  $ODG - odd + 150$   
VERSES SWINGS OUTSTRETCH  
PP

Analy

Da  
l'ordo

Souk Ennajd Derb Ghallef  
N° 509  
Patente : 34717241

DATE: 03/01/20

NOM : AKAZZOU  
PRENOM :

- DOCTEUR : BERRADI  
- NOMENCLATURE N°

Acte

Devis  
Facture

OD : AXE 90° CYL 11

VL OG : AXE g CYL = 0

OD : AXE 90 CYL //

OG : AXE 9 CYL 2

Verres Organiques

Quatre Miles Sixty East

SOUK ENNAJD Derb Ghallef

N° 509

Patente : 34717241

سوق النجد درب على

الرقم 509

الباينت - 34717241

Date  
l'ordonn

DATE : 03 / 01 / 2022

008526

NOM : AKAZEDO

PRENOM : SAIDA

DOCTEUR : BERRADA MOHAMMED

NOMENCLATURE : N°

PRIX

## Actes

Devis  
FactureDate  
so

OD : AXE 90 CYL 1.75 SPH 2.50 900

VL OG : AXE 90 CYL 0.50 SPH 8.75 900

ADD :

OD : AXE 90 CYL 1.75 SPH 6 800

VP OG : AXE 90 CYL 0.50 SPH 7.25 800

Verres Organique Anti-Reflet

Monture Optique

Facture Arrêtée à la somme de :

Quatre Mille Sept Cent Soixante

Cadr



**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group



S\_D\_202200382  
1-9\_R-2

## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

<b>Police N°</b>	: 0600999734	<b>Contractante</b>	: Disway
<b>Assuré</b>	: Saida Akazzou	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 10/01/2022
<b>N° Adhésion</b>	: 71	<b>Date de validation</b>	: 13/01/2022
<b>Personne soignée</b>	: Saida Akazzou	<b>Date de survenance</b>	: 10/10/2021
<b>Sinistre N°</b>	: 5210049	<b>Déclaration N°</b>	: 20717603A
<b>Bordereau N°</b>	: 828718	<b>Médecin Traitant</b>	: BERRADA MOHAMED

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)
CONSULTATION / SPECIALISTE	300.00	NA	NA	300.00	NA	90.00 %	270.00
MEDICAMENTS	159.00	NA	NA	159.00	NA	90.00 %	143.10
MONTURE	1 200.00	NA	NA	1 000.00	NA	90.00 %	900.00
VERRES	3 400.00	NA	NA	2 375.00	NA	90.00 %	2 137.50
<b>Totaux</b>	<b>5 059.00</b>			<b>3 834.00</b>			<b>3 450.60</b>

### Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
TVA / LA MONTURE	200.00	TVA NON REMBOURSABLE
VERRES PROG AR	550.00	Application du tarif des opticiens
TVA / LES VERRES	475.00	TVA NON REMBOURSABLE
<b>Totaux</b>	<b>1 225.00</b>	

Nom du gestionnaire : ANDELGHANI MOUNIR

Date de l'édition : 13/01/2022

- 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.