

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.



116599

Déclaration de Maladie : N° S19-0001548

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19953

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELNARZOUNGUI Zineb Date de naissance : 03/03/87

Adresse : 24 Rue Pyramide Belvédère

Tél. : 0655 31 36 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EZZAHER Badr

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Remboursement Complémentaire Prothèse Dentaire

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 : 25/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 - 5ème 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

mandations importantes

ne déclaration par personne

laration dentaire doit comporter les cachets de ur et du chirurgien-dentiste traitant, les noms et ms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits du chirurgien-dentiste traitant.

claration dentaire doit être accompagnée de nce médicale prescrivant les médicaments, de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes justificatives.

prospectus, vignettes et PPM concernant les ents doivent être joints aux ordonnances.

d'accident, préciser les causes, circonstances, et heure.

les pièces concernant les soins et prothèses doivent être remises à la Compagnie dans mois au plus tard suivant la date d'ordonnance

ssier retourné pour complément d'informations retransmis à la Compagnie dans un délai d'un

certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis d'une maladie sont conservés par la Compagnie.

La personne bénéficiaire d'un premier remboursement en régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la compagnie les photocopies des pièces justificatives au titre du décompte de règlement délivré par cet

, 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^{5*} siège social Zerktouni-20000 Casablanca Maroc* RCCasablanca:22.341.CNSS:167.8541*Taxe professionnelle:355.11.249-IF:01084025-ICE:000230054000034*Tél:0522435600*Fax:0522206081

TACHABLE

N° 4170962

volet, découpez le et conservez le.

ire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

e à conserver par l'intermédiaire.

- Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthodontie faciale(O.D.F) et les parodontoses sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie.

- Les extractions multiples au dessus de cinq dents sont soumises à l'accord préalable de la compagnie.

- Seuls les traitements d'orthodontie faciale (O.D.F) entamés avant le 12ème anniversaire sont pris en charge. Ils sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie.

- 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 dentaire.

- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

Société contractante	BSH Electroménager S.A.S.	Cachet de la société contractante
Société contractante :	BSH Electroménager S.A.S.	
N° de police :	00600993159.	
N° d'adhésion :	24	
N° d'adhésion du conjoint :		
BSH Electroménager 311 BD GHANDI - Casablanca M.C - RH		
Tel : 0522922600		

Renseignements concernant l'assuré(e)	
Nom :	EZZAHER
N° de C.I.N :	BE 76 4557
Adresse :	24 Rue Pyramide Rés. DAMAN CONFORT BELLE DERE
Ville :	CASABLANCA
Montant des frais engagés :	6000,00
DH	N° GSM : 0620 2600 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 : CASABLANCA, le 29.01.2022

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées à l'assuré 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'assuré 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°09-04 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien en 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 47 40 40 – MAROC. De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de 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^{5*} siège social Zerktouni-20000 Casablanca Maroc* RCCasablanca:22.341.CNSS:167.8541*Taxe profes:



8863798

les assurances * siège social
243 56 00 * Fax: 0522 20 60 81

VOLET DÉTACHABLE
N° 4170962

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

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 :

À remplir par le Chirurgien Dentiste

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : **EZZAHER**

Prénom(s) du patient : **BADR**

Date de naissance :

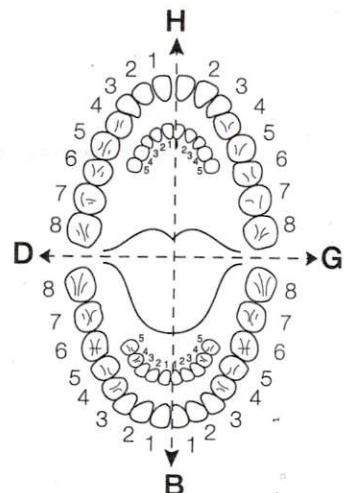
Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie :

IC + CC2 sr Pa 11 et Pa 13

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : , le



Facture / signature
et cachet du praticien

Prothèse dentaire et orthodontie

Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis

Facture

Établi le : **29/01/2022**

Établie le : **16/04/2022**

Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
29/01/22	IC + CC2 sr Pa	D80 + D60s	3000,-
11 et Pa 13	D80 + D60s	3000,-	
Total des honoraires :			6000

TraITEMENT ODF

Semestre n°	Commence le	Terminé le

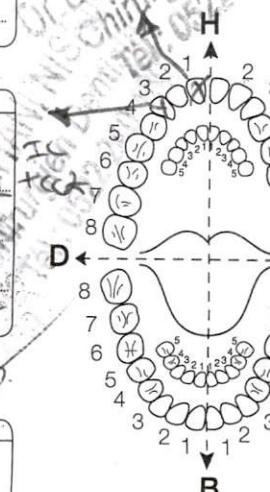
Cadre réservé à Saham assurance	Devis / sig

Pharmacie - Analyses - Radi

Date de l'ordonnance	Désignation des coeffi



Exemplaire à conserver par l'in



Dr EL GHANI NISRINE
Chirurgien Dentiste
Tél : 0522 240 480

Rabat
Maroc



DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N° : 0600999159
 Assuré : Badr Ezzaher
 N° Adhésion : 24
 Personne soignée : Badr Ezzaher
 Sinistre N° : 5 236 679
 Bordereau N° : 833924

Contractante : Bsh Electromenagers
 Date de réception de la déclaration : 26/04/2022
 Date de validation : 05/05/2022
 Date du traitement : 16/04/2022
 Déclaration N° : 4170962B

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)
PROTHESE DENTAIRE	6 000,00	560	D = 50	6 000,00	NA	85%	5 100,00
Totaux	6 000,00			6 000,00			5 100,00

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

Nom du gestionnaire : OUAOUZGUIT SAID

Date de l'édition : 17/05/2022

- 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.