

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1302 Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BATALL MOHAMMED ED

Date de naissance : 01-09-1953

Adresse : HAX QADS GRP ZEHAIT

HOUSSEY BENHOUSS CASA

Tél. : 0661517848 Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : BATALL

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 de leur caractère personnel.

Déclaration de Maladie

M22- N° 001410

123148

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019	Déclaration de Maladie		
	<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
<p>Cadre réservé à l'adhérent (e)</p> <p>Matricule : <u>1302</u> Société : <u>RAA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Nom & Prénom : <u>BATALL MOHAMMED ED</u></p> <p>Date de naissance : <u>01-09-1953</u></p> <p>Adresse : <u>HAX QADS GRP ZEHAIT</u></p> <p><u>HOUSSEY BENHOUSS CASA</u></p> <p>Tél. : <u>0661517848</u> Total des frais engagés : Dhs</p>			
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : / /</p> <p>Nom et prénom du malade : Age :</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Fait à : Le : / /</p> <p>Signature de l'adhérent(e) : <u>BATALL</u></p>			



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

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 précisés: 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°99-17 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: 00023005400034 * Tel: 0522.43.56.00 * Fax: 0522.20.60.81

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie N°

20686291

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

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

Déclaration de maladie N°

20686291
Traitements spéciaux

Maladie

Maternité

Optique

Société contractante

Société contractante :

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : **MESSOUDI**

Prénom(s) : **Sallad**

N° de C.I.N. : **B 461 598**

Date de naissance : **12/01/1961**

Adresse : **HAY 90DS 2NATA 3 N° 114 Berndussi**

Ville : **CASA**

Montant des frais engagés : **8283,40** DH N° GSM : **06.68587532**

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 **16/12/2022**

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 ces 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 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 Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél.: 00 56 43 0522 - 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°99-17 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: 00023005400034 * Tel: 0522.43.56.00 * Fax: 0522.20.60.81

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

20686291

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).

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : **D. RESSOUDE** Prénom(s) du patient : **Souad**
 Date de naissance : **01/01/1980** Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : **Douleur**
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : **Casa**
 Fait à : **Casa**, le **14/06/22**

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
14/06/2022	C		15,00	<i>(Signature)</i>
14/06/2022	C		ce	<i>(Signature)</i>
				<i>(Signature)</i>
				<i>(Signature)</i>

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
14/06/2022	17h6,60	<i>(Signature)</i>
	092076629	ICE 1 001742931000025

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Designation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
15.06.22	B220	386,8	<i>(Signature)</i> LABORATOIRE TAZI MOHAMED BIOLOGUE - Casablanca 78, Rue d'Algier - Casablanca Tél: 05 22 29 64 86

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances : _____
 Facture Nombre de séances : _____
 Établi le : _____
 Établi le : _____

Date des soins	Nombre				Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV	

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier



DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600901151	Contractante	: Bamy Trucks Maroc
Assuré	: Souad Messoudi	Date de réception de la déclaration	: 24/06/2022
N° Adhésion	: 95	Date de validation	: 30/06/2022
Personne signée	: Souad Messoudi	Date de survenance	: 17/06/2022
Sinistre N°	: 5353393	Déclaration N°	: 20686291A
Bordereau N°	: 856602	Médecin Traitant	: OUZIT SOUAD

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	85.00 %	127.50
MEDICAMENTS	1 746.60	NA	NA	1 746.60	NA	85.00 %	1 484.61
ANALYSE	386.80	NA	NA	386.80	NA	85.00 %	328.78
Totaux	2 283.40			2 283.40			1 940.89

Détail explicatif des soins non remboursés

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

Nom du gestionnaire : JIDAA FATIMAZAHRA PMI

Date de l'édition : 30/06/2022

- 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.

Dr. OUZIT Souad

Medicine Générale

Diplômée de la Faculté
de médecine de montpellier
en Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولي
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le:

17 juillet 2022

Mme MESSOUDI SOUAD

victoza

06 UI

ADO 850

1.1.1

11/11/23

CRESTOR 5 MG

1 CP LE SOIR

56130

D CURE F 100.000 mg

1 AMP/MOIS

Traitemet pendant : 3 Mois

Rendez vous le :

05 22 73 72 72 - منصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 373

373, Bd. Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72

Dr.Souad OUZIT

Médecine générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بونبولي
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : .../.../2022 الدار البيضاء في

MME MESSOUDI SOUAD

Analyses :

HBA1C

Cholestérol T, HDL, LDL TG

Rendez vous le :

à 11h
9/6/22

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

LF 40 30 32 50 ICE 00165651600089 INPE: 093001246



T.P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 15 juin 2022

Madame MESSOUDI SOUAD

FACTURE N°	344945
------------	--------

Analyses :

Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100	
Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	Total : B 270

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
	TOTAL DOSSIER	386,80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatre vingt Six Dirhams et Quatre vingt Centimes

LABORATOIRE TAZI
TAZI BIOLOGISSE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 0522 27 28 08 - Fax : 0522 29 64 86



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE



TAZI KARIM

Docteur SOUAD OUZIT

373, Boulevard Souhaib Erroumi

1er étage, Mansour III, Sidi Bernoussi

CASABLANCA

Examen du 15/06/22 - Edité le 15/06/22

Madame MESSOUDI SOUAD

Réf. : 22F673

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

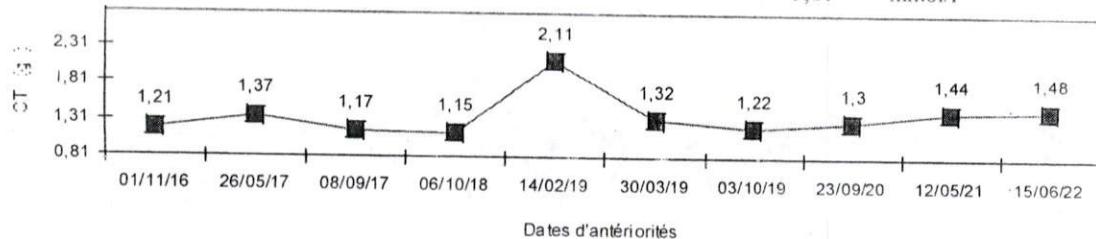
UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1 C ----- 6,1 % 4 - 6,3 09/03/22 5,7

CHOLESTEROL TOTAL ----- 1,48 g/l 3,81 mmol/l 1,5 - 2 12/05/21 1,44



Dates d'antériorité

CHOLESTEROL HDL ----- 0,41 g/l 1,06 mmol/l > 0,4 0,39

CHOLESTEROL LDL ----- 0,82 g/l 2,11 mmol/l 0,82

TRIGLYCERIDES ----- 1,23 g/l 1,41 mmol/l 0,35 - 1,35 1,16