

# 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.

## 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 de caractère personnel.

M22- N° 001411

123179

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7300 Société : RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BATAI MTAHMED

Date de naissance : 01-09-1957

Adresse : HAX QADIS GND TEHATA

N° 114 BENTOUSSI CASO

Tél. : 0661512848 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) :



## 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°17-99 portant code des assurances \* siège social 216, Boulevard Zerkouni-20000 Casablanca Maroc \* RCCasablanca:22.341. CNSS: 167.8541\* Taxe professionnelle: 355.11.249 -IF: 01084025 -ICE: 000230054000034\* Tel: 0522.43.56.00 \* Fax: 0522.20.60.81



Déclaration de maladie n° **21150864**

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 : **MESSOUDI** Prénom(s) : **Sallard**  
 N° de C.I.N : **B 461 5 98** Date de naissance : **12/10/1961**  
 Adresse : **HAY QODS ZNATA 3 N° 114 Bernaussi** Ville : **CASA**  
 Montant des frais engagés : **704,60** DH N° GSM : **06 68 58 75 32**

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 **15/12/2022** **598,91**

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 lesdites 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 pers., connaisse leurs obligations légales en matière de protection des 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 - Tel.: 0522.43.56.00 - MARC. De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospection commerciale 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 Zerkouni-20000 Casablanca Maroc \* RCCasablanca:22.341. CNSS: 167.8541\* Taxe professionnelle: 355.11.249 -IF: 01084025 -ICE: 000230054000034\* Tel: 0522.43.56.00 \* Fax: 0522.20.60.81

**À remplir par le Médecin**

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : JESSOU D) Prénom(s) du patient : SOCIA)  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec l'assuré(e) : \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : obt  
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : \_\_\_\_\_  
Fait à : Cara , le 15/6/2022

**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
15/6/22	2	—	300000	
N° ICE		N° INP		
N° ICE		N° INP		
N° ICE		N° INP		

#### **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
25/03/2028	nn:60	Pasteur - 03/04/2028 Signature
N° ICE	<b>ICE :</b>	N° INP
	<b>001742931000025</b>	<b>092076629</b>
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

## **Analyses - Radiographies**

#### **Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux**

Devis  Nombre de séances : ..... Établi le : .....  
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 Maroc		
	AM	PC	IM	IV				
					N° ICE	<input type="text"/>	N° INP	<input type="text"/>
					N° ICE	<input type="text"/>	N° INP	<input type="text"/>
					N° ICE	<input type="text"/>	N° INP	<input type="text"/>

Cadre réservé à SAHAM Assurance

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



## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

<b>Police N°</b>	: 0600901151	<b>Contractante</b>	: Bamy Trucks Maroc
<b>Assuré</b>	: Souad Messoudi	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 24/06/2022
<b>N° Adhésion</b>	: 95	<b>Date de validation</b>	: 30/06/2022
<b>Personne soignée</b>	: Souad Messoudi	<b>Date de survenance</b>	: 15/06/2022
<b>Sinistre N°</b>	: 5353392	<b>Déclaration N°</b>	: 21150864A
<b>Bordereau N°</b>	: 856602	<b>Médecin Traitant</b>	: GUESSOUS KAMAL

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	85.00 %	255.00
MEDICAMENTS	44.60	NA	NA	44.60	NA	85.00 %	37.91
ANALYSE	360.00	NA	NA	360.00	NA	85.00 %	306.00
<b>Totaux</b>	<b>704.60</b>			<b>704.60</b>			<b>598.91</b>

### Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
<b>Totaux</b>		

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.

Dottor Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face

Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V.

Ancien Médecin Hôp. 20 Août



الدكتور كمال غسوس

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الوجه - الأنف - والحنجرة - العنق

طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

Casablanca, le 15 Juin 2022

Dr. Guessous

2010

① Leotropex 100

soft

lunati et David

14 03/06

13,10

Leotropex 50

soft

Résidence Prince de

Maroc

Résidence Prince

14 03/06

6,80

Leotropex 25

soft

Résidence Prince

14 03/06

TS 11160

DOTTOR KAMAL GUESSOUS  
Spécialiste  
Maladie et Chirurgie. Nez - Gorge - Oreille - Face  
Ancien Médecin Hôp. Militaire Med V  
Ancien Médecin Hôp. 20 Août  
Bd. Zerkouni Résidence Tarfaya - Casablanca  
Tél : 0522 29 79 37 / 0522 29 79 39

11 شارع الزرقطوني - إقامة طرافيا - الدار البيضاء. الهاتف :

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya - Casablanca - Tél : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

Docteur Kamal GUESSOUS

## Spécialiste

## Maladie et chirurgie Nez - Gorge - Oreille - Face Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V.

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

R  
L

كتور كمال حسوس  
اختصاصي  
في أمراض وجراحة  
الاذن - الأنف والحنجرة - العنق  
ويق بالمستشفى العسكري محمد الخامس  
العنوان: سانية بعشقى ثانية 29، غشت

Casablanca, le 15/6/20

Mme MESSOUSI Sovad

T S H S

Docteur Kamal GUESSOUS

Maladie et Chirurgie - Nos - Oeige - Oreille - Face

*Anster Median Hop. Michigan*

Anemia Moderate Non

11. Ed. Zerkleiner Eisenwaren 35a D 73 30

شارع الزرقطوني - إقامة طرفايا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39  
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya - Casablanca - Tél : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

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

NF EN ISO 9001:2008

ASCII CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

[www.ascii-qualitatem.fr](http://www.ascii-qualitatem.fr)

TAZI KARIM

Docteur KAMAL GUESSOUS

11, Boulevard Zerkouni, Appt N° 14

Résidence Tarfaya, 5ème étage

CASABLANCA

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

Madame MESSOUDI SOUAD

Réf. : 22F675

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES

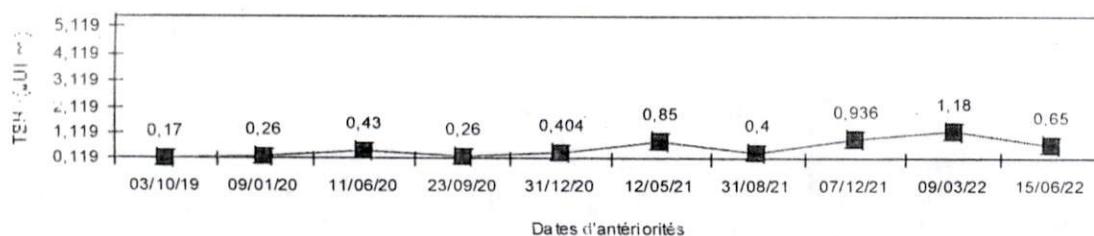
ANTECEDENTS

### HORMONOLOGIE ( CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000 )

T S H Ultra - sensible ----- 0,650 µUI/ml 0,27 - 4,21

09/03/22\*

1,180



# 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

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



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

Casablanca le 15 juin 2022

Madame MESSOUDI SOUAD

FACTURE N°

344946

Analyses :

Hormono : Thyreostimuline (TSH us) ----- | B | 250 | Total : B 250

Prélèvements :

Sang ----- | Pc | 1,5 |

TOTAL DOSSIER | 360,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams

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