

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 001411

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société : RA 7

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BATAI MOHAMMED

Date de naissance : 21-09-1953

Adresse : MAX 2005 GAR ZENATA

N° 14, BENTOUSSA CASR

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) :
Signature du médecin :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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



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 : **MESSOU DI**

Prénom(s) : **Souad**

N° de C.I.N. : **B461 598**

Date de naissance : **12/10/1961**

Adresse : **HAY GODS ZNATA 3 n° 114 Bernoussi**

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 **15/12/2012**

598,91

Signature de l'assuré(e)

[Signature]

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 Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél : 0522 43 56 00 - MARC. 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.

A remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : <u>LISSOU</u>	Prénom(s) du patient : <u>SOUL</u>
Date de naissance : _____	Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____
Nature de la maladie : <u>ORL</u>	
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____	
Fait à : <u>CASA</u>	le <u>15/6/2022</u>

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	—	300 Dhs	
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
15/06/2022	111,60	
N° ICE	ICE : <u>001742931000025</u>	N° INP
		<u>092076629</u>
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
15.06.2022	B250	360,00	
N° ICE			N° INP
N° ICE			N° INP
N° ICE			N° INP

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis <input type="checkbox"/>	Nombre de séances : _____	Établi le : _____
Facture <input type="checkbox"/>	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						N° INP
N° ICE						N° INP
N° ICE						N° INP

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 soignée	: Souad Messoudi	Date de survenance	: 15/06/2022
Sinistre N°	: 5353392	Déclaration N°	: 21150864A
Bordereau N°	: 856602	Médecin Traitant	: 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
Totaux	704.60			704.60			598.91

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.

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

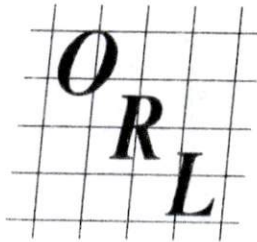
Maladie et chirurgie

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 - الأذن - الأنف والحنجرة - العنق

طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

Casablanca, le 15 Juin 2022

Du Docteur Nassoufi Souad

21h40

① Lactipox 100

1 sept

lunch et Dîner

PM 03h00

13h40

② Lactipox 50

1 sept

Rezeption à l'Arrivée

PM 03h00

6h40

③ Lactipox 25

1 sept

Rezeption à l'Arrivée

PM 03h00

TS 4h160

DOCTEUR KAMAL GUESSOUS

Spécialiste
Maladie et Chirurgie - Nez - Gorge - Oreille - Face

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med V

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya - Casablanca

Tél : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

11 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 39

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

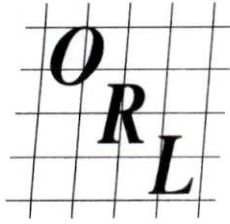
Maladie et chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face

Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V.

Ancien Médecin Hôp. 20 Août



دكتور كمال غسوس

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف - الأنف والحنجرة - العنق

يق بالمستشفى العسكري محمد الخامس

جيب سابق بمستشفى 20 غشت

Casablanca, le 15/6/20

Mme MESSOUSSI Souad

TSH vs

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et Chirurgie - Nez - Gorge - Oreille - Face

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med V

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

11, Bd. Zerktouni - Résidence Tarfaya - Casablanca

Tél : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

شارع الزرقطوني - إقامة طرفايا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

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



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASCI

CERTIFICAT MA-2015-XIV

QUALITEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

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

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

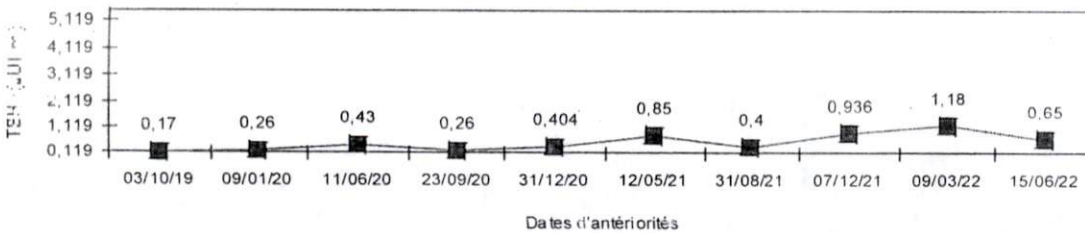
UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE COBAS 6000)

TSH Ultra - sensible ----- 0,650 μ UI/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
T. ZI Mohamed
BIOLOGISTE
78, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 0522 27 28 08 - Fax : 0522 29 64 86