

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 des données à caractère personnel.

M22- 0019237

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : 1300 Société : RAM ND ND6655 | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BATAL MOHAMMED | | | |
| Date de naissance : 01-09-1957 | | | |
| Adresse : HAY QODD GRD ZEHAFA ? | | | |
| N° 114 BEN YOUSSEF CASA | | | |
| Tél. : 0661577843 Total des frais engagés : Dhs | | | |

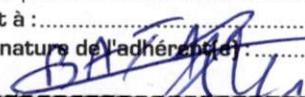
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | | | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | 25533412 | 21433552 | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | |
| B | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

nportantes

Ir personne et par maladie

doit comporter les cachets
cinq traitant, les noms et les
jnée (bénéficiaire) inscrits de

doit être accompagnée de
scrivant les médicaments,
laboratoire, ainsi que toutes

la personne malade doivent
par les praticiens eux-mêmes,

ant une maladie doivent être
ns les trois mois au plus tard
é médicale.

ier les causes, circonstances,

es et PPM concernant les
ints aux ordonnances.

édicale ou chirurgicale, la
oit être accompagnée d'une
ée sur laquelle devront être
ctes, la ventilation des frais
s d'hospitalisation et le détail
ques.

monoraires et ordonnances remis
it 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 bénéficiait 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 nécessaires.
- 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.

l'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
Casablanca Maroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541* Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025* Tél : 0522 47 40 40 * Fax : 0522 20 60 81

Police n° :

Adhésion n° :

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

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) : | SALCOL |
| N° de C.I.N. : | 3461598 | Date de naissance : | 12/01/1961 |
| Adresse : | Hay Qods Znata 3 n° 114 | Bernard | SSI |
| | | Ville : | CASA |
| Montant des frais engagés : | 324,80 DH | N° GSM : | 0668587532 |

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 23/06/2022

Signature de l'assuré(e)



876,08

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°08-09* 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 - 20 000 CASABLANCA -Tél : 40 40 47 22 05 - 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-20 000 Casablanca Maroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541* Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025* Tél : 0522 47 40 40 * Fax : 0522 20 60 81

VOLET DÉTACHABLE

N 17188914

Police n° :

Adhésion n° :

ecin

nts concernant le patient

MESSOUDI Prénom(s) du patient : Souad

Lien de parenté avec l'assuré(e):

Bebe - 1 Cou - Père

ndiquer la cause :

26 le 23/06/22

mplir par le Médecin)

| Nature et coefficient | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes |
|-----------------------|---------------------------------|---|
| | 1530 |  |
| | | |
| | | |
| | | |

ances (à remplir par le Pharmacien)

| Montant de la facture | Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture |
|-----------------------|---|
| 12 174,80 |  |
| | |
| | |
| | |

Analyses - Radiogramme

Dr. OUZIT Souad

Medecine Générale

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

Casablanca le:

23 juin 2022

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

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

الدار البيضاء في:

Mme MESSOUDI SOUAD

26/06
VIT C 1G PM GALENICA

10.90 1 cpx2/*j pendant 15 jours
ZINASKIN

27/06 1.0.1 pendant 15 jours
CARDIOASPERINE

28/06 1CP MIDI pendant 1 Mois
AZIX 500

29/06 1 CP MIDI pendant 3j
AZIX 500

Rendez vous le:

Dr. OUZIT SOUAD
22, rue de la République
Casablanca
Tunisie

À remplir par le Médecin

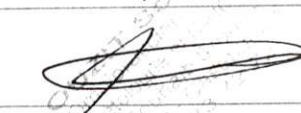
Analyses - Radio

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : DR NESSOURI Prénom(s) du patient : hamed
 Date de naissance : 19/01/1982 Lien de parenté avec l'assuré(e) : frère
 Nature de la maladie : Brûlure 1/2ord pharyngite
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : accident
 Fait à : Casa le 23/06/12

| Date de l'ordonnance | de |
|----------------------|----|
| | |
| | |
| | |

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 |
|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| <u>23/6/12</u> | <u>C</u> | | <u>1530</u> |  <i>DR NESSOURI DU 23 JUIN 2012 SOINS DE 1/2ORD</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 |
|----------------------|-----------------------|---|
| <u>23/06/12</u> | <u>174,6</u> |  |
| | | |
| | | |

Actes médicaux

Devis N
 Facture N

| Date des soins | AM |
|----------------|----|
| | |
| | |

Cadre réservé à

| |
|--|
| |
| |

Exemplaire à conserver par l'assuré

Exemplaire à conse

Dr. OUZIT Souad

Medecine 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:
23 juin 2022 الدار البيضاء في:

Mme MESSOUDI SOUAD

VIT C 1G PM GALENICA

10.ao 1 cpx2/*j pendant 15 jours

ZINASKIN

27.10 1 .0 .1 pendant 15 jours

CARDIOASPERINE

29.10 1CP MIDI pendant 1 Mois

AZIX 500

1 CP MIDI pendant 3j

Rendez vous le :

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

| | | | |
|------------------|------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Police N° | : 0600901151 | Contractante | : Bamy Trucks Maroc |
| Assuré | : Souad Messoudi | Date de réception de la déclaration | : 14/07/2022 |
| N° Adhésion | : 95 | Date de validation | : 18/07/2022 |
| Personne soignée | : Souad Messoudi | Date de survenance | : 23/06/2022 |
| Sinistre N° | : 5368981 | Déclaration N° | : 7188914A |
| Bordereau N° | : 859584 | 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 | 174.80 | NA | NA | 174.80 | NA | 85.00 % | 148.58 |
| Totaux | 324.80 | | | 324.80 | | | 276.08 |

Détail explicatif des soins non remboursés

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

Nom du gestionnaire : EZZOUBAYR FATIMA ZAHRA
Date de l'édition : 18/07/2022

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 conversion 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.

Bordereau de réponse N° :859 584

Code Agent : 10348
Agent : BEASSUR SARL
Contractant : BAMY TRUCKS MAROC
Mode de remboursement : Chèque Individuel

Date de réception du bordereau : 14/07/2022
Numéro du bordereau de l'agent : --
Nombre de dossiers du bordereau : 1
Montant total des frais engagés : 324.80



| Date Consultation / N° déclaration | Police N° / Sinistre N° 7188914A | Adhésion N° Assuré /Personne soignée | Sort | Commentaire | Frais engagés | Frais remboursés |
|--|--|---|-------|-------------------------------|------------------|---------------------|
| 23/06/2022 | 0600901151 5 368 981 | 95SOUAD MESSOUDI SOUAD MESSOUDI | Réglé | Virement N°: VM180722-SGMB | 324.80 | 276.08 |

Grand Total:**324.80****276.08**

| | N° de Sinistre | Montant Total |
|-----------------------|----------------|---------------|
| Total par Virement AP | 1 | 276.08 |