

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- 0019237

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BATAL M. HAMMED
Date de naissance : 01-09-1953
Adresse : HAY OUDJ GRP ZENAZA
No 114 BENYOUSSE CASABLANCA
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 : 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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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

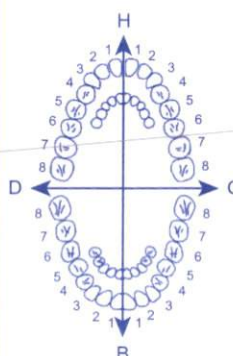
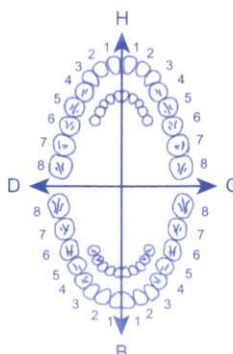
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> Cœfficient DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DÉBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> Cœfficient DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Informations importantes

Informations par personne et par maladie

doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les coordonnées (bénéficiaire) inscrits de

doit être accompagnée de la prescription des médicaments, du laboratoire, ainsi que toutes

la personne malade doivent être par les praticiens eux-mêmes,

avant une maladie doivent être dans les trois mois au plus tard de la date médicale.

pour les causes, circonstances,

des et PPM concernant les joints aux ordonnances.

médicale ou chirurgicale, la doit être accompagnée d'une copie sur laquelle devront être mentionnées, la ventilation des frais de soins d'hospitalisation et le détail des

ordonnances et ordonnances remis et 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.

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 : MESSOUPI Prénom(s) : SALIM
N° de C.I.N : B 461598 Date de naissance : 12/01/1961
Adresse : HAY GADS ZWATA 3ème étage 114 Bernoussi
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°8-09 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 Zerktouni - 20000 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.

acin

ats concernant le patient


MESSOUDI Prénom(s) du patient : Messoud

B. MESSOUDI Lien de parenté avec l'assuré(e) : Pharmacien

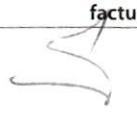
Indiquer la cause :

du 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
17680	

Analyses - Radiologie

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 بمونبلي على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le: 23 juin 2022

Mme MESSOUDI SOUAD

2650

VIT C 1G PM GALENICA

10.90 1 cpx2/*j pendant 15 jours

ZINASKIN

27.70 1 .0 .1 pendant 15 jours

CARDIOASPERINE

79.70 1CP MIDI pendant 1 Mois

AZIX 500

1 CP MIDI pendant 3j

17680

Rendez vous le :

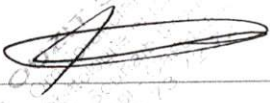
373 شارع صفصاف

À remplir par le Médecin


Renseignements concernant le patient

Nom du patient : N. NESSONDI Prénom(s) du patient : hucad
 Date de naissance : _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____
 Nature de la maladie : B. hucad + Cond. pharyngé
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____
 Fait à : Casa, le 23/06/22

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
23/6/22	C		1530	

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
23/06/2022	174,6	

Analyses - Radio

Date de l'ordonnance	de

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 بمونبولى
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : **23 juin 2022** الدار البيضاء في

Mme MESSOUDI SOUAD

VIT C 1G PM GALENICA

1 cpx2/*j pendant 15 jours

ZINASKIN

1 .0 .1 pendant 15 jours

CARDIOASPERINE

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
Assuré : Souad Messoudi
N° Adhésion : 95
Personne soignée : Souad Messoudi
Sinistre N° : 5368981
Bordereau N° : 859584

Contractante : Barny Trucks Maroc
Date de réception de la déclaration : 14/07/2022
Date de validation : 18/07/2022
Date de survenance : 23/06/2022
Déclaration N° : 7188914A
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 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.

Bordereau de réponse N° :859 584

Code Agent	: 10348	Date de réception du bordereau	: 14/07/2022
Agent	: BEASSUR SARL	Numéro du bordereau de l'agent	: --
Contractant	: BAMY TRUCKS MAROC	Nombre de dossiers du bordereau	: 1
Mode de remboursement	: Chèque Individuel	Montant total des frais engagés	: 324.80



Date Consultation / N° déclaration	Police N° / Sinistre N°	Adhésion N° Assuré /Personne soignée	Sort	Commentaire	Frais engagés	Frais remboursés
23/06/2022 7188914A	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