

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **3523**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENNIS FARIDA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : **20,50** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Complément**

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 : .....

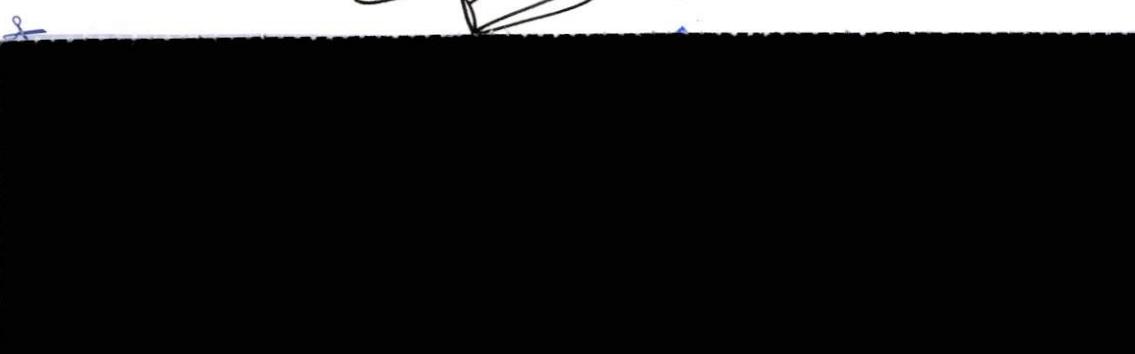
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Casablanca**

Le : **20/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) : .....





## ons importantes

### ion par personne et par maladie

maladie doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de manière distincte.

La maladie doit être accompagnée de la liste des médicaments prescrits, de leur date et de laboratoire, ainsi que toutes les ordonnances.

Les documents de la personne malade doivent être portés par les praticiens eux-mêmes, sans signature.

Concernant une maladie doivent être portées dans les trois mois au plus tard par l'assuré, à l'exception de la maladie médicale.

Il faut préciser les causes, circonstances,

les vignettes et PPM concernant les ordonnances doivent être joints aux ordonnances.

En cas d'intervention médicale ou chirurgicale, la personne malade doit être accompagnée d'une ordonnance sur laquelle devront être indiqués les actes, la ventilation des frais de hospitalisation et le détail des dépenses thérapeutiques.

Toutes les notes d'honoraires et ordonnances remises par l'assuré sont conservées par la Compagnie.

### Assurance Vie

à Casablanca, Maroc

Un contrat d'assurance-vie au capital social de 411.687.400 DH. Entreprise régis par les assurances. RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.1.249 4000034

T : +212 522 42 06 06  
F : +212 522 20 60 81  
sanlam.ma

Police n° :

Adhésion n° :

22391280

### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie n°

22391280

Police n° :

Adhésion n° :

V...n...n...z



Suivez vos dossiers maladie  
sur l'application Sanlam Maroc

[App Store](#)

[Google Play](#)

### Déclaration de maladie n°

22391280

A

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 :

KABOUJ

Prénom(s) :

Red Hila

N° de C.I.N. :

g 5128

Date de naissance :

03/01/1944

Adresse :

Resid.

Ville :

AD Azhar Im B1 Apt 102 CASA.

True Ibnou Hassan

Montant des frais engagés :

205,20

DH N° GSM :

06 63456960

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 :

CAGABLANCA

, le

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°10/07 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 Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zektaoui - 20000 CASABLANCA

-Tél : 06 05 42 22 05 - MAROC.

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.

**À remplir par le Médecin**

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : .....  Prénom(s) du patient : .....

Date de naissance : 1968-01-01 lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie : Concurrence mondiale

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à :

### Détail des soins (à remplir par le Médecin)

## **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
22.11.22	20520	Pharmacie du Dr. Kadiri hassani fatima Dr. Kadiri hassani fatima 63, Rue Mamoud Mohamed 13000 Tizi Ouzou
		N° ICE <input type="text"/> N° INP <input type="text"/>
		<b>INPE: 09201975</b>
		N° ICE <input type="text"/> N° INP <input type="text"/>
		N° ICE <input type="text"/> N° INP <input type="text"/>

## **Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue	
	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"/>

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				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	

Cadre réservé à Sanlam Maroc

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

**DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE**

<b>Police N°</b>	: 1000991624	<b>Contractante</b>	: Saham Assurance
<b>Assuré</b>	: Mohamed Hilal Kabbaj	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 28/11/2022
<b>N° Adhésion</b>	: 10	<b>Date de validation</b>	: 06/12/2022
<b>Personne soignée</b>	: Mohamed Hilal Kabbaj	<b>Date de survenance</b>	: 22/11/2022
<b>Sinistre N°</b>	: 5480637	<b>Déclaration N°</b>	: 22391280A
<b>Bordereau N°</b>	: 880021	<b>Médecin Traitant</b>	: HOPITAL SHEIKH ZAYED
<b>Intermédiaire</b>	: 01101 BUREAU DIRECT		

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)
MEDICAMENTS	205.00	NA	NA	205.00	NA	%	
<b>Totaux</b>	<b>205.00</b>			<b>205.00</b>			<b>184.50</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 : MAHTOUM CHAIMAE

Date de l'édition : 06/12/2022

- 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.

وصفة طبية  
**Ordonnance**

22.11.22

Casablanca, le :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur MAFRA KAKKALI  
09124171  
Professeur Agnès Léonie Naciri  
63, Rue Mamoun Mohamed

Kesbat

M. Hennad

14.11.

6870

Tramal 150 mg

(+)

1 cp x 2 / j

g/

ALYSE 25 mg 13650

2 cp

le matin n/

2 cp

le soir n/

20500

x 03 JES

échec apres

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

