

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : 9459 Société : RAT

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BAGHDAD

RADOUANT

Date de naissance : 01/05/1966

Adresse :

0665128508

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... /

Nom et prénom du malade : complément Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

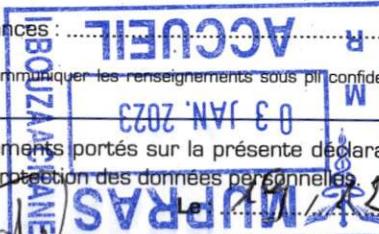
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

casablanca

Le 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :



R. MUPRAS

### 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 Cœfficients	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	
			B	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>			

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

<b>Police N°</b>	: 0600993038	<b>Contractante</b>	: Societe Serima
<b>Assuré</b>	: Fatima Filahchouf	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 10/11/2022
<b>N° Adhésion</b>	: 74	<b>Date de validation</b>	: 15/11/2022
<b>Personne soignée</b>	: Fatima Filahchouf	<b>Date de survenance</b>	: 07/10/2022
<b>Sinistre N°</b>	: 5465144	<b>Déclaration N°</b>	: 21369543A
<b>Bordereau N°</b>	: 877412	<b>Médecin Traitant</b>	: ZHIRI RACHID
<b>Intermédiaire</b>	: 10302 GRAS SAVOYE MAROC SA		

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 MEDICAMENTS	300.00 325.20	NA NA	NA NA	300.00 325.20	NA NA	80.00 % 80.00 %	240.00 260.16
<b>Totaux</b>	<b>625.20</b>			<b>625.20</b>			<b>500.16</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 : INSSALI SARA PMI**
**Date de l'édition : 15/11/2022**

- 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.



**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group



Déclaration de maladie n°

21369543

A

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

**Société contractante**

Société contractante : SERIMA

N° de police : 74

N° d'adhésion : 74

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

**Renseignements concernant l'assuré(e)**

Nom : FILAH CHOUF

Prénom(s) : FATIMA

N° de C.I.N. :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Montant des frais engagés : 625,20 DH N° GSM :

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 08/11/2011

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 les dites informations. L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°99-08 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 – 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.

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 \* RC Casablanca:22.341.CNSS: 167.8541\*Taxe professionnelle: 155.11.249 If :01084025-ICE:000230054000034\*Tél:0522 43 5600 \*Fax:0522 206081

**VOLET DÉTACHABLE**

**21369543**

Déclaration de maladie n°

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Exemplaire à conserver par l'assuré(e).**

Police n° : \_\_\_\_\_

Adhésion n° : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient :	FAWATIANK	Prénom(s) du patient :	FAWATI
Date de naissance :		Lien de parenté avec l'assuré(e) :	
Nature de la maladie :	Aflectus	Rehahof	
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :			
Fait à :	Car	le	7/10/2022

OAIHU1614

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
7/10/2022			300,00	Docteur Rachid ZHIRI
				N° INP NEUROCHIRURGIEN NEUROLOGUE 80, AV. Lalla Yacout CASABLANCA
				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
7/10/2022	325,20	PHARMACIE LA SABOISSE ICE:002943063000081
		N° ICE
		N° INP
		N° ICE
		N° INP
		N° ICE
		N° INP

Docteur Rachid ZHIRI

## NEUROCHIRURGIEN NEUROLOGUE

**Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris**  
**ELECTROENCEPHALOGRAPHIE**

80, Avenue Lalla Yacout - CASABLANCA  
Tél. : 05.22.31.89.72 / 05.22.31.78.18

الدكتور شيد الزييري

خريج كلية الطب بباريز

جراحة الرأس والدماغ والعمود الفقري  
اختصاصي في أمراض الأعصاب والدماغ  
التخطيط الكهربائي للدماغ

80، شارع للا يقوت - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.31.78.18 / 05.22.31.89.72

Casablanca, le

11/10/2022

Hilman & Sons

60,600  
+ 3 110,600 ~~110,600~~ 110,603

63075

trunk (c) - 1

28.80 13 POUNDS

1 c 273

$$1 \frac{1}{2} = 28.80, 2 \frac{1}{2} = 38.40$$

W/22 ~~DEBRIEF~~

325  $c = 53$

1c = 33  
BusSpan  
1c 28.6

~~Docteur Rachid ZHIRI  
NEUROCHIRURGIEN - NEUROLOGUE  
80, AV. Lalla Yacout  
CASABLANCA~~

**Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.**

www.sahamasi