

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-840714

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321

Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL BACHARI TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS DES PRESIDENTS DAR BOUAZZA

CAPABLANCA Maroc

Tél. : +212 661 093341 Total des frais engagés : .....Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

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 :

☐ 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) : .....



# 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

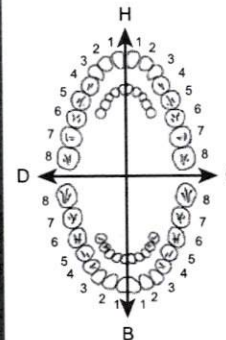
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

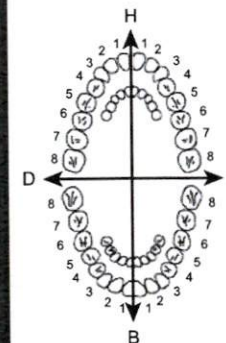
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	


MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, 02/02/2024

## Décompte individuel de remboursement N° 287394 Référence :

Garant : SANLAM MAROC  
Intermédiaire : GRAS SAVOYE MAROC  
Contractant : NESTLE MAROC

Assuré : MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA  
Matricule MCI CARE MAROC : 400007  
Matricule Employeur : 107

DECOMPTE								
Feuille de soins N°	Date de soins	Patient	Actes	Frais engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement -1-	Remboursement -2-	Reste à charge
23812340A	17/11/23	MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA	Consultation Kinésithérapeute	2 400,00	1 800,00	100.00 %	1 800,00	600,00
<b>Sous-total</b>				<b>2 400,00MAD</b>	<b>1 800,00MAD</b>		<b>1 800,00MAD</b>	<b>600,00MAD</b>

## DETAIL EXPLICATIF DES FRAIS NON PRIS EN CHARGE

Feuille de soins N°	Nature des soins	Montant non pris en charge	Motif de la non prise en charge
23812340A	Consultation Kinésithérapeute	600,00	
<b>Total</b>		<b>600,00MAD</b>	



mandations importantes

une déclaration par personne et par maladie

l'assurance maladie doit comporter les cachets du ployeur et du médecin traitant, les noms et les adresses de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de du médecin traitant.

la déclaration maladie doit être accompagnée de la prescription médicale prescrivant les médicaments, les analyses de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les autres pièces justificatives.

les noms et prénoms de la personne malade doivent être correctement portés par les praticiens eux-mêmes, sans aucune pièce transmise.

les pièces concernant une maladie doivent être présentées à la Compagnie dans les trois mois au plus tard de la date d'ordonnance médicale.

En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date et heure.

Le 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 copie détaillée et acquittée sur laquelle devront être indiqués la cotation des actes, la ventilation des frais et le nombre de jours d'hospitalisation et le détail des médicaments pharmaceutiques.

Les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis en l'honneur d'une maladie sont conservés par la Compagnie.

Assurance Vie

100 - 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. RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249  
25 - ICF : 000230054000034

DÉTACHABLE 23812340

n° de maladie n°

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

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

• 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 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.

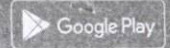
• Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

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

Exécution  
séances kiné  
Suite Accord  
préalable obtenu



Suivez vos dossiers maladie sur l'application Sanlam Maroc



Déclaration de maladie n° 23812340

A

Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : Nestlé MAROC  
N° de police : 0999688  
N° d'adhésion : 11232749  
N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : MOUSSAOUI Prénom(s) : FATIMA-EZZAHRA  
N° de C.I.N : Date de naissance :  
Adresse : Ville :  
Montant des frais engagés : 2400 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 15/01/2024

Signature de l'assuré(e) *Houssaine*

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 Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 06 06 42 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.

VOLET DÉTACHABLE 23812340

Déclaration de maladie n°

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :



## À remplir par le Médecin

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient : .....	Prénom(s) du patient : .....
Date de naissance : .....	Lien de parenté avec l'assuré(e) : .....
Nature de la maladie : .....	
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : .....	
Fait à : ....., le .....	

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

### Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis	Nombre de séances : .....	Établi le : .....
Facture	Nombre de séances : 12	Établi le : 10/01/2024

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien
	AM	PC	IM	IV		
10/01/2024					20 ANNA A2 = 2400 Dhs	<p>Mr. Mohammed NASSIR</p> <p>48, Rue Jbel Arouj, Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 944 964</p>
N° ICE		N° INP				
N° ICE		N° INP				

### Cadre réservé à Sanlam Maroc

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

Nom et prénom : Mme Moussaoui Fatima-Ezzahra

Diagnostic : Contusion du genou

Nombre de séances : 12

Date début du traitement : 07/12/2023

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. Le07/12/2023  | :1ème séance   |
| 2. Le09/12/2023  | : 2ème séance  |
| 3. Le 11/12/2023 | : 3ème séance  |
| 4. Le13/12/2023  | : 4ème séance  |
| 5. Le15/12/2023  | : 5ème séance  |
| 6. Le18/12/2023  | : 6ème séance  |
| 7. Le20/12/2023  | : 7ème séance  |
| 8. Le22/12/2023  | : 8ème séance  |
| 9. Le25/12/2023  | : 9ème séance  |
| 10. Le27/12/2023 | : 10ème séance |
| 11. Le29/01/2023 | : 11ème séance |
| 12. Le04/01/2024 | : 12ème séance |

Casablanca : le 10/01/2024

KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
3, Rue Jbel Aroui, Cij, Casablanca  
Tél : 05 22 944 964



## Facture N° :008/24

- Prénom & Nom : Mme Moussaoui Fatima-Ezzahra
- Diagnostic : Contusion du genou
- Médecin traitant : Dr Merini Abderrazak
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20AMM
- Nombre de séances : 12
- Date début du traitement : 07/12/2023
- Montant total des honoraires : 2400 Dhs
- Arrêter la présente facture à la somme de : Deux Mille Quatre Cents Dirhams

Casablanca le : 10/01/2024

KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
48 Rue Jbel Aroui, CIL Casablanca  
Tél : 05 22 944 964



Casablanca le 06/12/2023

MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA

RABAT  
MAROC

## Références :

Contractant : NESTLE MAROC	
Intermédiaire : GRAS SAVOYE MAROC	
Matricule n°: 400007	Assuré : MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA
Dossier n°: 22835757A	Patient : MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA
Médecin : MERINI ABDERRAZAK	

**Objet : Accord**

Madame, Monsieur,

Nous prenons votre attache au sujet du dossier maladie sus visé, et avons le plaisir de vous notifier notre accord pour la réalisation de(s) acte(s) ci-dessous :

Nature des soins	Code affection	Date des soins	Montant des frais réels	Quantité(s) Accordée(s)	Prix Unitaire	Montant de l'accord
Kinésithérapie Par Séance	S83	17/11/2023	2 400,00 MAD	12.00	150,00 MAD	1 800,00 MAD

Sous réserve d'une contre visite après exécution.

A la fin du traitement, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- le devis ;
- la facture d'exécution ;
- les pièces justificatives.

Il reste entendu que cet accord est valable tant que la police et/ou l'adhésion sont en vigueur.  
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Pour MCI CARE MAROC

NB : Accord valable trois mois à compter de son édition  
Pièce Jointe : Déclaration maladie

KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
48, Rue Jbel Aroui, Cil, Casablanca  
Tél : 05 22 944 964