

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

Déclaration de Maladie : N° S19-0018423

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2874 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SADRY Mohammed Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- Y = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage-Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro-Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes, d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUÉ

HOSPITALISATION EN HÔPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
d'auxiliaires comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.

DATE DE DÉPÔT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1614349

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : SARAY, N. Chouaib
Matricule : 2771 Fonction : Rehante Poste :
Adresse : lot 4m Diab II Immeuble n°9 Casablanca
Tél. : 0661214006 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A , le / / Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

Matricule N° : 1614349
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :


Les Sinistres Maladie Les Adhérents Les Polices et les Prestations [Déconnexion](#)

N° de police	0600995250	Declaration N°	14211122A
N° d'adhésion	597/00	Date Consultation	20/09/2019
Nom Assuré	SARDY MOHAMED	Date Réception Compagnie	11/10/2019
Personne Malade	SARDY MOHAMED	Montant engagé	4 121.40
Lien de parenté	Assuré Primaire	Montant Remboursé	3 137,92
		N° sinistre	4707992
		Date règlement	25/10/2019
		Mode règlement	Virement AP
		RIB	013780010942017830012348



Libellé Acte Médical	Engagé	Taux de Remboursement	Remboursement
CONSULTATION / SPECIALISTE	300,00	80%	240,00
ANALYSE	989,80	80%	791,84
MEDICAMENTS	2 632,60	80%	2 106,08

Details Non Remboursés

Description	Montant	Raison
2 Boites "Maxitone"	199,00	Produits non remboursables

[Retour](#)[Imprimer la Lettre](#)



importantes

par personne et par maladie

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

doit être accompagnée de
escrivant les médicaments,
e 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
e médicale.

ser les causes, circonstances,

tes et PPM concernant les
oints aux ordonnances.

médicale ou chirurgicale, la
oit être accompagnée d'une
tée sur laquelle devront être
actes, la ventilation des frais
rs d'hospitalisation et le détail
tiques.

honoraires et ordonnances remis
nt 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 bénéficiaire 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.

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Maladie

Maternité

Optique

Traitements spéciaux

Société contractante

Parlement

Cachet de la société contractante

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : SARDY

Prénom(s) : Mohamed

N° de C.I.N. : B63195

Date de naissance : 13-12-1948

Adresse : Lot. Ain Diab II Immeuble 9

Ville : Casablanca

Montant des frais engagés : 4121,40 DH N° GSM. 0661214006

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 21/09/2019

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assureur dans 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°09-08 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 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°17-99 portant code des assurances * siège social 216, Boulevard Zerkouni -20000 CASABLANCA Maroc * RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541* Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - ICE : 000230054000034* Tél : 0522 43 56 00 * Fax : 0522.20.60.81

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie n° **14211122**

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 :

14211122

* conservez le

pour toute réclamation ultérieure.

remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

nom du patient : **S A R D Y** Prénom(s) du patient : **M A H A M E D**

Date de naissance : **1978-01-01** Lien de parenté avec l'assuré(e) :

iture de la maladie : **DIABÈTE + HTA - MÉNINGITIS**

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

Il a : **est**, le **20/09/2019**

étael des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires
-------------------------	----------------	-----------------------	---------------------------------

09.09.19	3		300 Dhs
----------	---	--	---------

N° ICE : **1111111111111111**

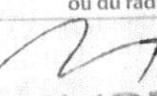
N° INP : **1111111111111111**

091028506

Signature et cachet du Médecin attestant l'exécution des actes

professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diplômé des études de Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anouar
El Abdelmoumen N° 313 - Casab - Tel: 05 22 86 14 14

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
20-09-2019	B740	989,80 Dhs	 INPE
			N° INP : 093001246
			N° ICE : 1111111111111111
			N° INP : 1111111111111111
			N° ICE : 1111111111111111
			N° INP : 1111111111111111

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis	Facture	Nombre de séances :				Établi le : Établi le :	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au
		AM	PC	IM	IV		
						N° ICE : 1111111111111111	N° INP : 1111111111111111
						N° ICE : 1111111111111111	N° INP : 1111111111111111
						N° ICE : 1111111111111111	N° INP : 1111111111111111
						N° ICE : 1111111111111111	N° INP : 1111111111111111

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant paiement de la
----------------------	-----------------------	---

20/09/19	220 Dhs	24,42
----------	---------	-------

N° ICE : **1111111111111111**

N° INP : **1111111111111111**

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50 ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T.P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 20 septembre 2019

Monsieur SARDY MOHAMED

FACTURE N°	299882
------------	--------

Analyses :

Hémosto : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100	
Chimie : Acide urique -----	B	30	
Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Chimie : Calcémie -----	B	30	
Hormono : Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	Total : B 720

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER 989,80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Quatre vingt Neuf Dirhams et Quatre vingt Centimes



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

NF EN ISO 9001:2008
ASCLL
CERTIFICAAT MA-9015-XIV.
QUALITATEM
www.ascll-auditfrance.fr

TAZI KARIM

Docteur HASSAN EL GHOMARI

Angie Bd Anoual et Bd Abdelmoumen
Abdelmoumen Center, 3ème étage, N°313

CASABLANCA

Examen du 20/09/19 - Edité le 20/09/19

Monsieur SARDY MOHAMED

REF. : 1311042

Page : 373

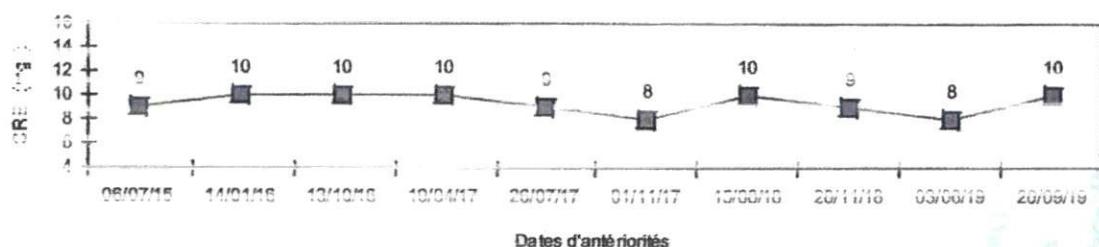
ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

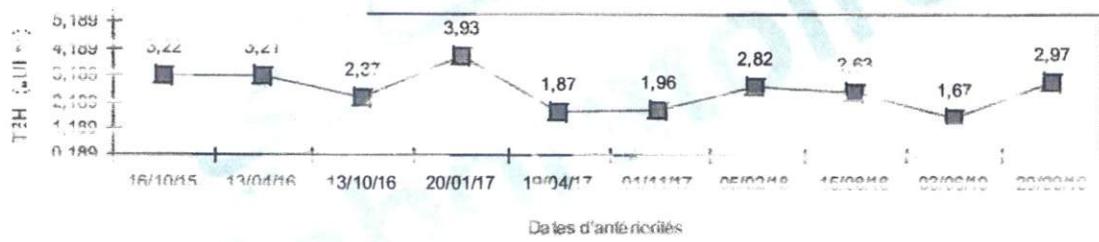
CREATININE _____ 10 mg/l 6 - 12 8



CALCIUM _____ 95 mg/l 88 - 106 93 14/01/16
ou 2,38 mmol/l 2,2 - 2,65 2,33

HORMONOLOGIE (CHIMILUMINESCENCE CORAS 6000)

TSH Ultra - sensible _____ 2,970 μ U/l/ml 0,27 - 4,21 0,670 03/06/19



LABORATOIRE TAZI
78, RUE D'ALGER - CASABLANCA
Tél: 0522 27 28 08 - Fax: 0522 29 64 86



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur HASSAN EL GHOMARI

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen

Abdelmoumen Center, 3ème étage, N°313

CASABLANCA

Examen du 20/09/19 - Edité le 20/09/19

Monsieur SADY MOHAMED

Réf. : 19I1049

Page : 2/3

ANALYSES

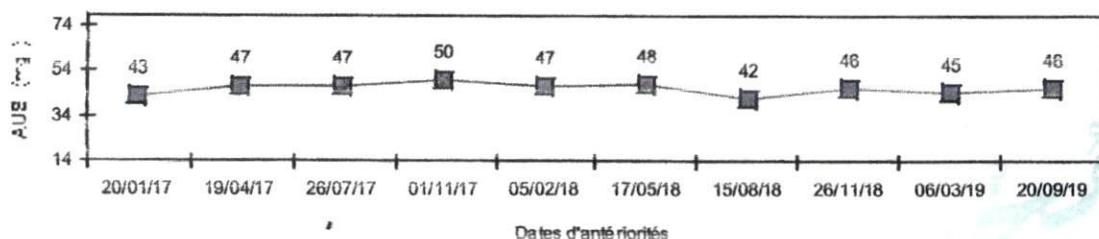
RESULTATS

UNITES

NORMALES

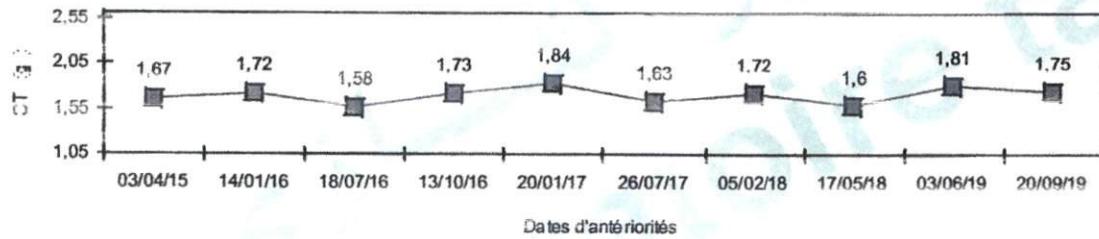
ANTECEDENTS

ACIDE URIQUE ----- 46 mg/l ou 274 μ mol/l 20 - 60 06/03/19 45



Dates d'antériorités

CHOLESTEROL TOTAL ----- 1,75 g/l ou 4,51 mmol/l 1,5 - 2 03/06/19 1,81



Dates d'antériorités

CHOLESTEROL HDL ----- 0,47 g/l ou 1,21 mmol/l > 0,45 0,41

CHOLESTEROL LDL ----- 1,09 g/l ou 2,81 mmol/l 1,18

TRIGLYCERIDES ----- 0,96 g/l ou 1,10 mmol/l 0,4 - 1,6 1,08



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED



PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

TAZI KARIM

Docteur HASSAN EL GHOMARI

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen

Abdelmoumen Center, 3ème étage, N°313

CASABLANCA

Examen du 20/09/19 - Edité le 20/09/19

Monsieur SARDY MOHAMED

Réf. : 19T1049

Page : 1/3

ANALYSES

RESULTATS

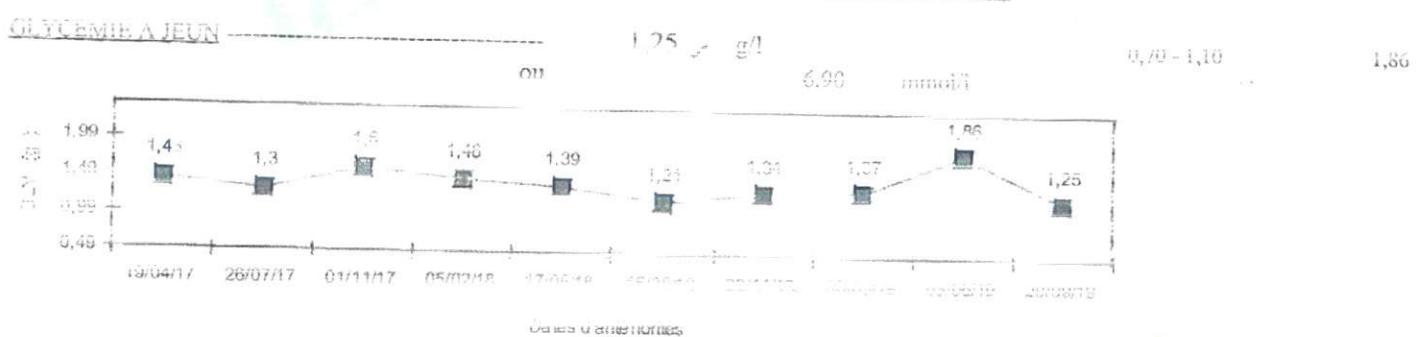
UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYMEX XT-4000)

HEMATIES	4,42	10 ⁶ /mm ³	4,4 - 5,55	53/06/19
HEMOGLOBINE	14,0	g/100 ml	13 - 17	4,38
HEMATOCRITE	42,6	%	40 - 50	13,9
- VGM	96	μ ³	80 - 95	40,7
- TGMH	32	pg	27 - 33	33
- QUMH	33	g/100 ml	30 - 35	34
LEUCOCYTES	6 500	/mm ³	4000 - 10000	6400
FORMULE				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	54	%	50 - 70	59
ou				
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	4	%	2000 - 7500	3776
ou			1 - 3	4
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	0	%	0	256
ou			< 1	0
LYMPHOCYTES	35	%	20 - 40	20
ou				
MONOCYTES	7	%	2 275 /mm ³	1920
ou			2 - 10	7
PLAQUETTES	222 000	/mm ³	150000 - 400000	310000

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)



RESULTATS D'EXAMENES HEMATOLOGIQUES

Docteur Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



كتور حسن الغماري

: جامعي بكلية الطب والصيدلة

أئي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية والنمو

ب سابقا بمستشفى سان لوك

مونتريال - كندا

Casablanca, le : 20/02/2019

الدارالبيضاء، في :

MR. SARDY MOHAMED

Analyses

Glycémie à jeun

Hémoglobine glycosylée

TSH ultra sensible

ACIDE URIQUE

NFS

Créatinine

HDL, LDL, TG

Cholestérol tot.

Ca2+émie

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Bd. Abdelmoumen
et Abdelmoumen N° 313 - Casablanca - Maroc

مركز عبد المؤمن، زاوية شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدارالبيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 00166375000032