

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036871

☐ 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. : 06.61.3.1.10.05 Total des frais engagés : 108,26 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) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Suivez vos dossiers maladie
sur l'application **Sanlam Maroc**

App Store

Google Play

Déclaration de maladie n° **22392986**

A

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 :

Prénom(s) :

N° de C.I.N. :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Montant des frais engagés :

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 :

, 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 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

Déclaration de maladie n°

22392986

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 : Labbaj Prénom(s) du patient : Rehamed Hilal
 Date de naissance : 03/04/1944 Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : Cancer du p. ou.
 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
16/11/22				
		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
16/11/2022	241,32	
	N° ICE	N° INP
	N° ICE	N° INP
	N° ICE	N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré



Date : 16/11/2027

Quittance - Paiement espèces 0725698

IPP :

N° D'admission : 2200591612 Montant : 300 M

Patient : Kabba J. M. eshilla

Cachet



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 16/11/2022

A. KARRAJ Mohamed - Bilal

1968^{ans}
(1) 2 eprims 2x
1 buffi x 2j x 1 mois

45,30
(2) INALAN spray
2 buffi, 4j x 1 mois
2 buffi et 2 buffi en cas de pic inspiration
à renouveler chaque 20 jours

(3) Kamed Long
Pharmacie Principale
Mohamed Said LEBBAR
Pharmacien
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256
ICE N° : 001897771000045
INPE : 092049261

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 16/11/2022
Numéro : 151 813



090061862

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Médecin : PR. HERRAG MOHAMMED
Pneumologie

2200594612

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE PNEUMOLOGIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hck.ma
N°INP 090061862

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 1000991624	Contractante	: Saham Assurance
Assuré	: Mohamed Hilal Kabbaj	Date de réception de la déclaration	: 28/11/2022
N° Adhésion	: 10	Date de validation	: 06/12/2022
Personne soignée	: Mohamed Hilal Kabbaj	Date de survenance	: 16/11/2022
Sinistre N°	: 5480635	Déclaration N°	: 22392986A
Bordereau N°	: 880021	Médecin Traitant	: HERRAG MOHAMED
Intermédiaire	: 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)
CONSULTATION / SPECIALISTE	300.00	NA	NA	300.00	NA	%	
MEDICAMENTS	241.30	NA	NA	241.30	NA	%	
Totaux	541.30			541.30			433.04

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

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.