

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : N° S19-0018424**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2574 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SARDY 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)
- = 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 couvrant 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 kinsithérapeute
- 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 pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM  
JOUR EN MAISON DE REPOS  
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1614350

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SARDY Mohamed  
Matricule : 2774 Fonction : Retraite Poste :  
Adresse : Lot Ain Diab II Imm A n° 9 Casablanca  
Tél. : 0661214009 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN 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 ADHERENT

#### DECLARATION

1614350

Matricule N° :  
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° 11082233A

N° d'adhésion 597/00 Date Consultation 28/09/2019

Nom Assuré SARDY  
MOHAMED Date Réception 11/10/2019  
CompagniePersonne RABAI AICHA Montant engagé 528.00  
MaladeLien de Conjoint Montant Remboursé 422,40  
parenté

N° sinistre 4707993

Date règlement 25/10/2019

Mode règlement Virement AP

RIB 013780010942017830012348



Libellé Acte Médical	Engagé	Taux de Remboursement	Remboursement
MEDICAMENTS	528,00	80%	422,40

Details Non Remboursés

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

SAHAM Assurance

Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise réglé par la



ns importantes

on par personne et par maladie

adie doit comporter les cachets  
médecin traitant, les noms et les  
ne soignée (bénéficiaire) inscrits de  
itant.

maladie doit être accompagnée de  
e prescrivant les médicaments,  
et de laboratoire, ainsi que toutes

ms de la personne malade doivent  
ortés par les praticiens eux-mêmes,  
mise.

ncernant une maladie doivent être  
ie dans les trois mois au plus tard  
nance médicale.

préciser les causes, circonstances,

gnettes et PPM concernant les  
être joints aux ordonnances.

tion médicale ou chirurgicale, la  
lie doit être accompagnée d'une  
cquittée sur laquelle devront être  
des actes, la ventilation des frais  
e jours d'hospitalisation et le détail  
accutiques.

otes d'honoraires et ordonnances remis  
lie sont 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 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 nécessaire.

● 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.

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 Casablanca Maroc \* RC Casablanca: 22.341. CHSS: 167.8541 \* Taxe professionnelle: 355.11.249 - IF: 01084025 - ICE: 000230054000034 \* Tél: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81



**SAHAM**  
Assurance

Déclaration de maladie n° 11082233

A

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : Parlement

N° de police : \_\_\_\_\_

N° d'adhésion : \_\_\_\_\_

N° d'adhésion du conjoint : \_\_\_\_\_

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : SARDY

Prénom(s) : Mohamed

N° de C.I.N. : BC3195

Date de naissance : 13-12-1948

Adresse : Lot Ain Bibab II Sidi A- n°9

Ville : Casablanca

Montant des frais engagés : \_\_\_\_\_

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 10/10/2019

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°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. CHSS: 167.8541 \* Taxe professionnelle: 355.11.249 - IF: 01084025 - ICE: 000230054000034 \* Tél: 0522 43 56 00 \* Fax: 0522 20 60 81

Police n° : \_\_\_\_\_

Adhésion n° : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

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

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

N 11082233

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 : \_\_\_\_\_

N° 11082233

gar le et conservez le.

pour toute réclamation ultérieure.



# A remplir par le Médecin

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : SAROU Prénom(s) du patient : Aicha  
 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
28/09/19			Q	

## 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
28/09/19	528,00	PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIREN Roukia 15 - 16, Rue Kergoma Résidence Ambar - Casablanca Tél. 022 79 79 01

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du la ou du radiologue

## 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 N° d'autorisation d'exercice
	AM	PC	IM	IV		

## Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier

**Dr Loubna BOUNAIM**

Gynécologue Obstétricienne  
Accouchement - Chirurgie Gynécologique  
Maladies des Seins - Stérilité  
Echographie - Coelioscopie

**لدكتورة لبنى بونعيم**

إختصاصية في الولادة و أمراض النساء  
- أمراض الثدي - الفحص بالصدى

PPV 176 DH 03  
PER 11 / 21

PPV 176 DH 00  
PER 11 / 21

PPV 176 DH 00  
PER 11 / 21  
LOT H2447

Casablanca, le : .....28/09/2019.....

**Mme SARDY AICHA**

176<sup>00</sup> - x3

**ADRONAT**

1 CP / 1 semaine pendant 3 mois

**- COLPOTROPHINE crème**

1 AP/1J 3 BOITE

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDI Roukta  
15-16 Rue Kergonhar Résidence Anbar  
Casablanca - Tél: 0522 79 79 01

Dr. Loubna BOUNAIM  
Gynécologie - Obstétricienne  
574 Bd Modibo Keita Riad El Ali  
Tél: 05 22 81 28 00 Fax 05 22 82 10

574 Bd Modibo Keita 1<sup>er</sup> étage, Riad El Ali  
En Face de la mosquée Assounna  
Casablanca

الهاتف : (+212) 522 81 28 00  
الفاكس : (+212) 522 82 10 04

574 شارع موديبوكيتا - الطابق الأول  
رياض العالي - أمام مسجد السنة  
الدار البيضاء