

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.

Education :

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.

Orthopédie :

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 : 2224 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARIDY 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 courant 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 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
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
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 DEPOT



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

AEROPORT 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 1614350

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SARDY Mohamed

Matricule : 2774 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : Lot Aïn Diab II 1er étage n° 9 Casablanca

Tél. : 06 61 21 48 09 Signature Adhérent : S

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

Matricule N° : 1614350 MUPRAS
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	Date Réception	
	MOHAMED	Compagnie	11/10/2019
Personne Malade	RABAI AICHA	Montant engagé	528.00
Lien de parenté	Conjoint	Montant Remboursé	422,40
		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 du médecin traitant, les noms et les prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de manière lisible.

ladie doit être accompagnée de deux ordonnances prescrivant les médicaments, de deux factures de laboratoire, ainsi que toutes

ms de la personne malade doivent être portés par les praticiens eux-mêmes, à l'issue de la consultation.

ncernant une maladie doivent être déclarées dans les trois mois au plus tard à l'assurance maladie.

préciser les causes, circonstances,

rgnettes et PPM concernant les maladies doivent être joints aux ordonnances.

ction médicale ou chirurgicale, la déclaration doit être accompagnée d'une facture sur laquelle devront être indiqués les noms des actes, la ventilation des frais journaliers d'hospitalisation et le détail des médicaments.

otes d'honoraires et ordonnances remis à l'assurance doivent être conservés par la Compagnie.

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

N° 11082233

Conservez le et conservez le

pour toute réclamation ultérieure.

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. : B03.195

Date de naissance : 13-12-1948

Adresse : 67 Ain Bibi II Casablanca - 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-20 000 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

Police n° :

Police n° :

Adhésion n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

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.

A remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : SARDY Prénom(s) du patient : Aïcha
 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			G	Dr. Louzina BOUAFIA Gynécologie - Obstétrique 574 Modiboketa Faid El Hocine Casab Tél. 05 22 81 28 01 Fax 05 22 82 10 01

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 ABBERRAHMANE SKIREN I Roukia 15 - 16, Rue Kergoma. Résidence Ambar - Casab Tel. 022 79 79 01

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 <input checked="" type="checkbox"/>	Facture <input checked="" type="checkbox"/>	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

دكتورة لبنى بونعيم

اختصاصية في الولادة و أمراض النساء

- أمراض الثدي - الفحص بالصدى

PPV 176DH00
PER 11/21

PPV 176DH00
PER 11/21

PPV 176DH00
PER 11/21
LOT H2447

Casablanca, le : 28/09/2019 ٢

Mme SARDY AICHA

٢٣
17610 - ADRONAT 

1 CP / 1 semaine pendant 3 mois

- COLPOTROPHINE crème

1 AP/1J 3 BOITE

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Rouakia
15-16 Rue Kergomar Résidence Anbar
Casablanca - Tel: 0522 79 79 01

Dr. Loubna BOUNAIM
Gynécologie - Obstétrique
574 Bd Modibo Keita 1^{er} étage, Riad El Ali
Casablanca - Tel: 05 22 81 28 00 Fax: 05 22 82 10