

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-450816

N° 39994

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9459 Société : RAM

Matricule : 9459 ☐ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : RADOVANE

Nom & Prénom : EL BIGHI

Date de naissance : 01 05 1966

Adresse : 06 65 12 85 08

Tél. : 06 65 12 85 08 Total des frais engagés :

## 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 : COMPLÉMENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 SEP. 2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 06 Le : 15 09 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.


**SAHAM**

Assurance

member of Sanlam group

**DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE**

Police N°	: 0600993038	Contractante	: Societe Serima
Assuré	: Fatima Filahchouf	Date de réception de la déclaration	: 04/06/2020
N° Adhésion	: 74	Date de validation	: 10/07/2020
Personne soignée	: Fatima Filahchouf	Date de survenance	: 13/04/2020
Sinistre N°	: 4818974	Déclaration N°	: 15144675A
Bordereau N°	: 747345	Médecin Traitant	: IDRISSE YAHYA

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)
VISITE / CONSULTATION	150.00	NA	NA	150.00	NA	80.00 %	120.00
MEDICAMENTS	396.50	NA	NA	248.40	NA	80.00 %	198.72
ANALYSE	825.00	NA	NA	825.00	NA	80.00 %	660.00
<b>Totaux</b>	<b>1 371.50</b>			<b>1 223.40</b>			<b>978.72</b>

**Détail explicatif des soins non remboursés**

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
HEPANAT+CARBOXANE	148.10	Produits non remboursables
<b>Totaux</b>	<b>148.10</b>	

**Nom du gestionnaire : MOUSSAOUI SOFIA**
**Date de l'édition : 10/07/2020**

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.





Informations importantes

Un dossier par personne et par maladie

La déclaration de maladie doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les coordonnées du patient (bénéficiaire) inscrits de manière lisible.

La déclaration de maladie doit être accompagnée de la feuille de soins prescrivant les médicaments, les analyses de laboratoire, ainsi que toutes les autres pièces justificatives.

Les données de la personne malade doivent être portées par les praticiens eux-mêmes, et non par le patient.

Les données concernant une maladie doivent être portées dans les trois mois au plus tard de la fin de la prise en charge médicale.

Il faut préciser les causes, circonstances, et les conséquences de la maladie.

Les ordonnances et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.

La déclaration médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une photocopie de la feuille de soins sur laquelle devront être portés les actes, la ventilation des frais de séjour, les jours d'hospitalisation et le détail des médicaments.

Les feuilles d'honoraires et ordonnances remis au patient 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 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.

Maladie ☐

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

Société contractante

Société contractante : S. C. A. S. A. S.  
N° de police : 74  
N° d'adhésion : 74  
N° d'adhésion du conjoint : 74

Cachet de la société contractante

SAHAM  
Ressources Humaines  
Angle Bd Mly Ismail et Rue Mohammed VI  
Casablanca  
Tél: 0522 40 90 71 - Fax: 0522 40 11 11

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : F. El. El. El. Prénom(s) : F. El. El.  
N° de C.I.N : 74 Date de naissance : 29/5/2020  
Adresse : Casablanca  
Montant des frais engagés : 7371,50 DH N° GSM : 74

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 29/5/2020

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 Zerktouni - 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.

Police n° : \_\_\_\_\_

Adhésion n° : \_\_\_\_\_

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

N° 15 144675

Police n° : \_\_\_\_\_

Adhésion n° : \_\_\_\_\_

**Docteur Yahya A. IDRISSE**  
Lauréat de la FMP - RABAT  
Ex- Médecin des Hôpitaux publics  
Certificat en Échographie générale  
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition  
**Médecin de Travail**  
(U. REIMS - France)

الدكتور يحيى ع. الإدريسي  
خريج كلية الطب و الصيدلية بالرباط  
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية  
شهادة الفحص بالصدى  
نهادة في امراض السكري و علم التغذية  
طبيب الشغل  
(جامعة ريمس - فرنسا)

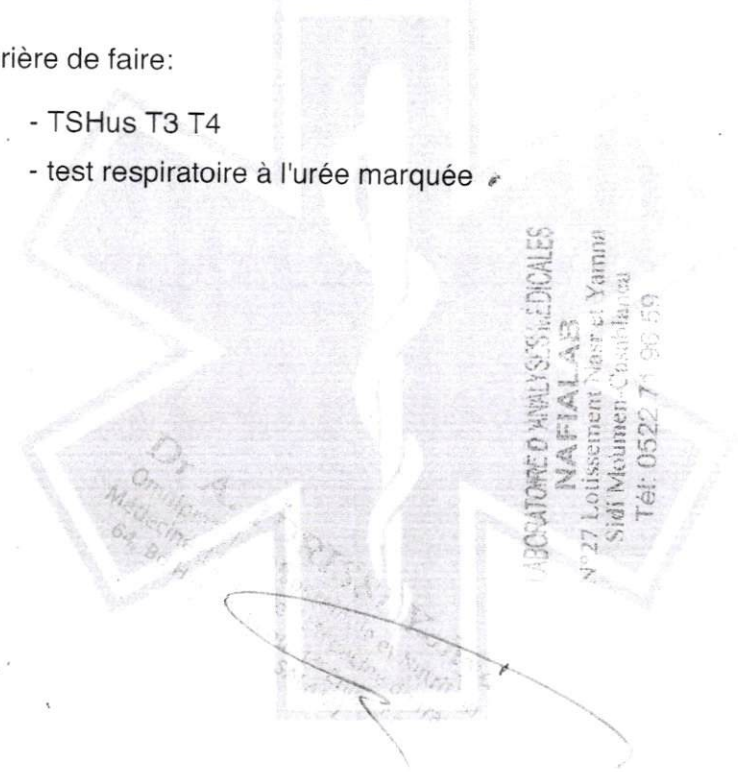
**SOS MÉDECINS**

13/04/2020

**Mme/Mlle FILAHCHOUF FATIMA**

Prière de faire:

- TSHus T3 T4
- test respiratoire à l'urée marquée



العنوان : 64 شارع حسن العلوي الطابق الاول شقة 2 (قبالة إقامة السلام)

الهاتف 05 22 61 22 94 الثابت 06 62 35 58 33

Email : dr.idrissiyahya@gmail.com

## SOS MÉDECINS

الدكتور يحيى ع. الإدريسي  
خريج كلية الطب و الصيدلية بالرباط  
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية  
شهادة الفحص بالصدى  
هادة في امراض السكري و علم التغذية  
طبيب الشغل  
(جامعة ريمس - فرنسا)

**P1380 Mme/Mlle FILAHCHOUF FATIMA**

**INEXIUM 40mg** prendre 1cp par jour le matin  
1sem

HEPANAT cp prendre 1cp deux fois par jour  
1semaine

**NEOFORTAN 160mg 1cp trois fois par jour**

**CARBOXANE** prendre 2cp deux fois par jour

العنوان : 64 شارع حسن العلوي الطابق الاول شقة 2 (قبالة إقامة السلام)

البياتف 06 62 35 58 33 الثابت 05 22 61 22 94

Email : [dr.idrissiyahya@gmail.com](mailto:dr.idrissiyahya@gmail.com)



**NAFIA LAB**

Docteur Rachida NAFIA

*Spécialiste en Biologie Médicale*

*D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux*

LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MÉDICALES

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

**Casablanca, le 13/04/2020**

## Compte rendu d'analyses



**Dossier N° : 130420-022 Pvt du: 13/04/2020**

**Nom : Mme FILAHCHOUF Fatima**

**Demandé par Dr : YAHYA A IDRISI**

Page : 1/1

### ENDOCRINOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
<b>TSH- us Thyreostimuline</b>	:	2,430 $\mu$ UI/ml	
<i>(Technique : Chimiluminescence)</i>			
Interprétation :			
Valeurs usuelles en uUI/ml			
Adultes : 0,27 - 5,00			
0 - 3 jours : 5,17 - 14,6			
4 - 20 jours : 0,43 - 16,1			
2 - 12 mois : 0,62 - 8,05			
2 - 6 ans : 0,54 - 4,53			
7 - 11 ans : 0,66 - 4,14			
<b>T4L - thyroxine libre</b>	:	15,50 pmol/l	( 12 - 22 ) <sub>u</sub>
<i>(Technique : Chimiluminescence)</i>			
<b>T3 - Libre</b>	:	4,13 pmol/l	( 3,1 - 6,8 )
<i>(Technique : Chimiluminescence)</i>			

*Nous vous remercions de votre confiance*

**Le Biologiste**



# LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MEDICALES

N° 27 Lotissement Nasr Et Yamna Sidi Moumen  
Tél : 05 22 71 96 59

## Facture

N° facture : 2020-02372

Edité le : 27/05/2020

Patient : Mme FILAHCHOUF Fatima

Date prélèvement : 13/04/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
TSH us	250	275,00
T4L - thyroxine libre	200	220,00
T3 - Libre	300	330,00
<b>Total B</b>	750	825,00
<b>APB</b>	1,0	0,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		825,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Huit Cent Vingt-Cinq Dirhams \*\*\***

## À remplir par le Médecin

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient : F. EL HACHOU F Prénom(s) du patient : FATIMA  
 Date de naissance : 13/04/20 Lien de parenté avec l'assuré(e) : Fille  
 Nature de la maladie : Diabète  
 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
13/04/20	1		750 DH	<i>[Signature]</i> Dr A. EL HACHOU F Médecin Généraliste / Diabétologie et Nutrition 6a, Bd Hassan ALAOUI, 1er Etage Appt 2 (Face Face SALAM)
N° ICE		N° INP		
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
13/04/20	396,50	<i>[Signature]</i> Dr A. EL HACHOU F Pharmacien Généraliste / Diabétologie et Nutrition 6a, Bd Hassan ALAOUI, 1er Etage Appt 2 (Face Face SALAM)
N° ICE		N° INP
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 radiologue
13/04/20	R: 750	825,00	<i>[Signature]</i>
N° ICE		N° INP	
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 :  Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet N° d'autorisation d'
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE		N° INP				
N° ICE		N° INP				
N° ICE		N° INP				
N° ICE		N° INP				

### Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche do
-----------------	----------

(\*) Champs à remplir obligatoirement par le praticien