

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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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 l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19-0006748

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774 Société : 41201
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARAY Mohamed Date de naissance : 13-12-1948
Adresse : Lst Ain Diab II Quai A'n' 9 Casablanca
Tél. : 0661 214006 Total des frais engagés : Complément 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 : Casablanca

Le : 21 / 09 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Informations importantes

Information par personne et par maladie

La déclaration de maladie doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les adresses des personnes soignées (bénéficiaire) inscrits de la personne malade.

La déclaration de maladie doit être accompagnée de la feuille prescrite par le médecin, ainsi que toutes les analyses de laboratoire, ainsi que toutes les autres.

Les noms de la personne malade doivent être portés par les praticiens eux-mêmes, et non par la personne malade.

Concernant une maladie doivent être renseignés dans les trois mois au plus tard la date de la déclaration médicale.

Il faut préciser les causes, circonstances, et les symptômes.

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

La déclaration médicale ou chirurgicale, la déclaration doit être accompagnée d'une copie de la feuille prescrite par le médecin, ainsi que toutes les analyses de laboratoire, ainsi que toutes les autres.

Les notes d'honoraires et ordonnances remis au médecin doivent être 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

Parlement

Société contractante : _____

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. : *B 63 195* Date de naissance : *13-12-48*

Adresse : *Wt Ain Siab II Imm 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 *06. Avril 2020*

Signature de l'assuré(e)

MIS

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.

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 Zerktouni-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

14228854

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie n°

14228854

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Nom de l'assuré(e) : _____

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : SARDY Prénoms du patient : Aicha

Date de naissance : _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____

Nature de la maladie : ostéoporose

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____

Fait à : _____, le _____

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature autorisée du médecin attestant le paiement des actes
05/08/80	Cat. I		600,00	M. Mouloukita Riad El-Adel

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
05/08/2020	092 053 057	092 053 057
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

[illegible]

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'exercice
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE*						N° INP*
N° ICE*						N° INP*
N° ICE*						N° INP*

<p>Médecin conseil</p>	<p>Fiche de</p>
-------------------------------	------------------------

Dr Loubna BOUNAIM

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

الدكتورة لبنى بونعيم

إختصاصية في الولادة و أمراض النساء
العقم - أمراض الثدي - الفحص بالصدى
الحجاجة بالنظار

Casablanca, le : 05/08/2020

Mme SARDY AICHA

• ADRONAT

1 CP / 1 SA PENDANT 3 MOIS

• BLISSEL 50 µG/G

1 AP / 1 J pendant 3 MOIS

Lot: 906
EXP: 03-2021
PPV: 98,00 Dhs

Lot: 906
EXP: 03-2021
PPV: 98,00 Dhs

Lot: 906
EXP: 03-2021
PPV: 98,00 Dhs

822 10
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukia
15 - 16 Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tél. 022 79 79 01

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukia
15 - 16 Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tél. 022 79 79 01

Dr Loubna BOUNAIM

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

الدكتورة لبنى بونعيم

إختصاصية في الولادة و أمراض النساء
العقم - أمراض الثدي - الفحص بالصدى
الجراحة بالمنظار

Casablanca, le : 05/08/2020 الدار البيضاء في

NOTE D'HONORAIRE

A la suite de la consultation + l'échographie
du 05/08/2020, je présente à Mme **SARDY AICHA** la
présente note qui s'élève à 600dhs.

Dr. Loubna BOUNAIM
Gynécologue - Obstétricienne
574 Modibo Keita Riad El Ali
Casablanca

Dr Loubna BOUNAIM

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

الدكتورة لبنى بونعيم

إختصاصية في الولادة و أمراض النساء
العقم - أمراض الثدي - الفحص بالصدى
الجراحة بالمنظار

Casablanca, le :05/08/2020... في الدار البيضاء

Mme SARDY AICHA

• **ECHOGRAPHIE PELVIENNE**

Dr Loubna BOUNAIM
Gynécologue Obstétricienne
574 Modibo Keita Riad El Ali Cas.
Tél. : (+212) 522 81 28 00 Fax : (+212) 522 82 10 04

574 Bd Modibo Keita 1^{er} 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 السينة
الدار البيضاء

05/08/2020

Mme SARDY AICHA

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Ménopausée

Utérus anti fléchi ante verse de taille et de contour régulier
mesure 4 cm en coupe longitudinale et 3 cm en coupe
transversale

Myomètre régulier.

Homogène sans lésion organique endomètre régulier.

Ovaire droit non vue

Ovaire gauche non vue

CONCLUSION OBSERVATIONS :

Pelvis normal et régulier ce jour à l'échographie.

Dr. Louisa BOUMELAL
Gynécologue - Obstétricienne
574 Medboukella Riad EL ALI Cas
Tél: 05 22 81 29 00 Fax 05 22 82 10 11

Les Sinistres MaladieLes AdhérentsLes Polices et les Prestations[Déconnexion](#)

N° de police 0600995250 Déclaration N° 14228854A

N° d'adhésion 597/00 Date Consultation 05/08/2020

Nom Assuré SARDY
MOHAMED Date Réception 17/08/2020
Compagnie

Personne RABAI AICHA Montant engagé 1 422.00
Malade

Lien de Conjoint Montant Remboursé 902,40
parenté

N° sinistre 4855181

Date règlement 01/09/2020

Mode règlement Virement AP

RIB 013780010942017830012348

Royaume du Maroc
Chambre des Conseillers

22 SEP. 2020

Division des Affaires des Conseillers

Libellé Acte Médical	Engagé	Taux de Remboursement	Remboursement
RADIOGRAPHIE	300,00	80%	240,00
CONSULTATION / SPECIALISTE	300,00	80%	240,00
MEDICAMENTS	528,00	80%	422,40

Details Non Remboursés

Description	Montant	Raison
3B BLISSEL	294,00	Produits non remboursables

[Retour](#)