

# 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.

## 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.

## Déclaration de 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

ND: 41223

## Déclaration de Maladie : N° P19-0006747

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAROY Mohamed Date de naissance : 13-12-1948

Adresse : Lot Ain Diab II Sidi A'oua 9 Casablanca

Tél. : 0661214506 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 : .....

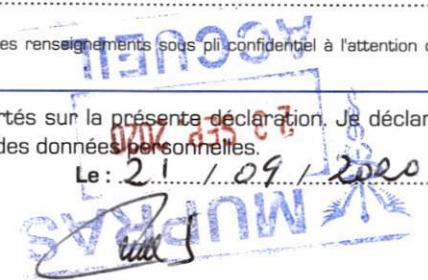
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Californie

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 21/09/2020



Déclaration de maladie

N°15200224

A

 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 : *S Abd*Prénom(s) : *Mohamed*N° de C.I.N. : *B 65795*Date de naissance : *13-12-1948*Adresse : *lot N°m Dzach II Irem N°m 9*Ville : *Casablanca*Montant des frais engagés : *830,00*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 Aout 2020*

## Signature de l'assuré(e)

*[Signature]*

## Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assuré 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'assuré 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'assuré 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'assuré et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations. L'assuré garantit notamment le respect de la loi n°99-08 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'assuré 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 Zerkouani - 20000 CASABLANCA - Tél.: 0522 43 56 00 - MAROC. De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assuré 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 Zerkouani-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

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

## VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie

N°15200224

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

N°15200224

à la et conservé le.

par le Médecin

Informations concernant le patient

Nom : SARAY Prénom(s) du patient : Aïcha

Prénom(s) du patient : Aïcha  
Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Maladie : OS

accident, en indiquer la cause :

, le

soins (à remplir par le Médecin)

Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des factures
C	Gratuit		Yousra Riad EL ALI CASI Signature et cachet du praticien N° ICE : N° INP :
			N° ICE : N° INP :
			N° ICE : N° INP :
			N° ICE : N° INP :

des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
		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 laboratoire ou du radiologue
27/07/2020	B610f PC134	830 Dhs	193002863
07/08/2020	A8ctk2	250 Dhs	19300168022

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Facture	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
					N° ICE : N° INP :	
					N° ICE : N° INP :	
					N° ICE : N° INP :	

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------

[Les Sinistres Maladie](#)
[Les Adhérents](#)
[Les Polices et les Prestations](#)
 [Déconnexion](#)

N° de police	0600995250	Declaration N°	15200224A
N° d'adhésion	597/00	Date Consultation	01/07/2020
Nom Assuré	SARDY MOHAMED	Date Réception Compagnie	17/08/2020
Personne Malade	RABAI AICHA	Montant engagé	1 080.00
Lien de parenté	Conjoint	Montant Remboursé	864,00
<i>Royaume du Maroc Chambre des Conseillers 22 SEP. 2020 Division des Affaires des Conseillers</i>		N° sinistre	4855182
		Date règlement	01/09/2020
		Mode règlement	Virement AP
		RIB	013780010942017830012348

Libellé Acte Médical	Engagé	Taux de Remboursement	Remboursement
ANALYSE	1 080,00	80%	864,00

## Details Non Remboursés

Description	Montant	Raison
DEPASSEMENT SUR PHARMACIE (K80 * 15.00)	20,00	Application de la nomenclature
TVA/MATERIEL	333,33	TVA non remboursable
AIDE OPERATOIRE + AMPLIFICATEUR DE BRILLANCE	700,00	Produits non remboursables
DEPASSEMENT SUR HONORAIRES TRAUMATO (K80 * 30.00)	4 640,00	Application de la nomenclature

[Retour](#)

# **Dr Loubna BOUNAIM**

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

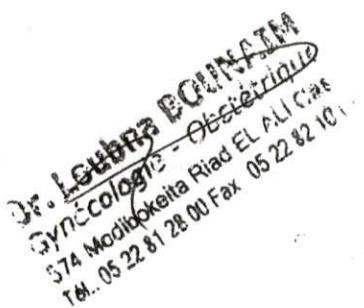
**الدكتورة لبني بونعيم**

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

دار البيضاء في .....01/07/2020.....

**Mme SARDY AICHA**

## • IONOGRAMME – VIT D3



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

574 شارع موديبوكينا - الطابق الاول الهاتف: (+212) 522 81 28 00  
 رياض العالى - امام مسجد السنّة الفاكس: (+212) 522 82 10 04  
 الدار البيضاء

**مختبر التحاليل الطبية الرگراچي**  
**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI**

**FACTURE N° : 2007272006**

Casablanca le 27-07-2020

**Mme Aicha RABAI (Ep SARDY)**

Date de l'examen : 27-07-2020

INPE :



Caisse : **SAHAM**

Analyses :

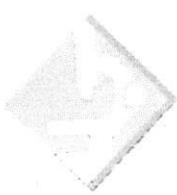
**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0120	Ionogramme complet( Na, K, Cl, Prot, RA, Ca)	B160	B
0439	Vitamine D	B450	B

**TOTAL DOSSIER : 830 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **huit cent trente dirhams**





S. MECHTAOU  
 Biologiste Diététicien de la Santé  
 De Médecine et de Chirurgie  
 de Clermont Ferrand



Né (e) le: 25-12-1950, âgé (e) de : 69 ans  
 Enregistré le: 27-07-2020 à 08:12  
 Edité le: 27-07-2020 à 11:42  
 Prélèvement : au labo  
 Le : 27-07-2020 à 08:17

**Mme Aicha RABAI (Ep SARDY)**

Référence : 2007272006

Prescrit par : Dr BOUNAIM LOUBNA

## BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

### Ionogramme sanguin complet

Proteines totales	72 g/l	(66-87)
Sodium ( Na+ )	141 mmol/l	(135-145)
Potassium ( K+ )	4.3 mmol/l	(3.5-5.3)
Chlorures ( Cl- )	102 mmol/l	(94-108)
Réserve alcaline	24 mmol/l	(22-29)
Calcium ( Ca++ )	2.31 mmol/l	(2.10-2.55)
	92 mg/l	(84-102)

## VITAMINOLOGIE

**Vitamine D2/D3 (25 OHD)**  
 (ELFA / Biomérieux)

86.1 nmol/l (75.0-250.0)  
 34.4 ng/ml (30.0-100.0)

Valeurs souhaitables : 75-250 nmol/l  
 Insuffisance : 25-75 nmol/l  
 Carence : < 25 nmol/l  
 Toxicité : > 250 nmol/l





ختبر التشريح المرضي شارع گولمية  
Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° C850825

Nom et Prénom : Sordy Aicha .....

Montant : 250 DH .....

Arrêtée la présente facture à la somme de : P18.0 + K2 .....

Casablanca, le .....

07/08/20

Cachet et Signature



---

744, Résidence Hanane Jassim 1, Angle Bd Goulmima et rue Boukraa - 5ème Etage - Bourgogne - Casablanca  
(au dessus de chawarma cham à 250 m de l'Hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II)  
Tél./ Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

# **Dr Loubna BOUNAIM**

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

## **الدكتورة لبني بونعيم**

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

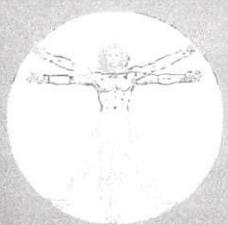
الدار البيضاء في ... 05/08/2020

850820

Mme SARDY AICHA

• F C V





**Dr Fadoua EL MANSOURI**

Professeur en Anatomie Pathologique

Réf .C580820

Nom et prénom : Sardy Aicha

**الدكتورة المنصوري فدوى**

**أستاذة في التشريح المرضي**

Reçu le 06/08/2020 Répondu le 07/08/2020

Médecin : Dr Bounaim

Adresse : Casablanca

**Résumé des renseignements cliniques :** FCV de dépistage.

1- **Méthode de prélèvement** : Frottis en milieu liquide.

2- **Type de prélèvement** : col et vagin.

3- **Qualité du prélèvement** : satisfaisant.

4- **Fond** : Inflammatoire minime avec présence de quelques polynucléaires neutrophiles organisés parfois en petits amas. Histiocyte spumeux.

5- **Profil hormonal** : bonne trophicite.

**6- Cellules malpighiennes :**

Quelques cellules superficielles et intermédiaires siège d'altérations parakératosiques focales.

Présence de nombreuses cellules parabasales et basales métaplasique ; à cytoplasme cyanophile et éosinophile à noyau régulier.

**7-Cellules glandulaires :**

Nombreux amas dissociés de cellules cylindriques de type endocervical d'aspect régulier.

**8-Flore vaginal** : flore de Doderlin de densité diminuée.

**CONCLUSION**

- Frottis cervico-utérin inflammatoire minime avec altérations parakératosiques focales.

- Aspect en outre en faveur d'un ectropion ou un polype.

- Absence de signes cytologiques de malignité sur ce prélèvement.