

# 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 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.



## Declaration de Maladie

N° W21-829171

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 9004 Société : RAM.

Matricule : 9004 ☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RAM.

Nom & Prénom : CHEMSI SAAD

Date de naissance : 28-02-1972

Adresse : habituelle

Tél. : 06 62 78 53 57 Total des frais engagés : 6000 + 4800 + 1200 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément

Date de consultation : 23-11-2023

Nom et prénom du malade : ZELLAG SANIRA Age : 1975

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 23-11-2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23-11-2023

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 : CASA

Le : 23-11-2023

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

VOLET ADHÉRENT

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

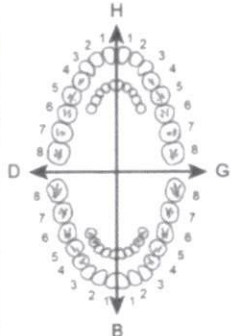
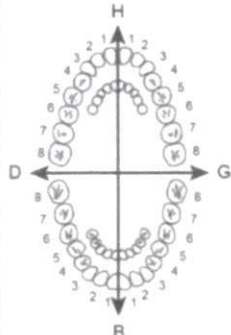
VOLET ADHERENT

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Décompte individuel de remboursement N°278078

## Référence

Garant : SAHAM ASSURANCE  
Intermédiaire : AFMA  
Contractant : SAHAM ASSISTANCE

Assuré : ZELLAG SAMIRA  
Matricule MCI Care : 4345  
Matricule employeur : 66

Feuille de soins N°	Date de soins	Patient	Actes	Frais engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement -1-	Remboursement -2-	Reste à charge
5751668B	31/10/2023	ZELLAG SAMIRA	Prothese Dentaire	6 000,00	2 160 000,00	80 %	4 800,00	1 200,00
Sous-total				6 000,00	2 160 000,00		4 800,00	1 200,00
TOTAL GENERAL				6 000,00	2 160 000,00		4 800,00	1 200,00

## INFORMATIONS

Références du règlement : Paiement N° 278078 du 17-NOV.-23 par virement  
Renvoi -1- Le taux de remboursement est le taux de couverture assuré dans le contrat.  
Renvoi -2- Les frais remboursés ne peuvent dépasser le solde restant du plafond général ou la limite de la prestation

## Recommandations importantes

### Etablir une déclaration par personne

● La déclaration dentaire doit comporter les cachets de l'employeur et du chirurgien-dentiste traitant, les noms et les prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du chirurgien-dentiste traitant.

● La déclaration dentaire doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives.

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

● En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.

● Toutes les pièces concernant les soins et prothèses dentaires doivent être remises à la Compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.

● Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.

● Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.

● 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.

● Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthodontie faciale (O.D.F) et les parodontoses sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie.

● Les extractions multiples au dessus de cinq dents sont soumises à l'accord préalable de la compagnie.

● Seuls les traitements d'orthodontie faciale (O.D.F) entamés avant le 12<sup>ème</sup> anniversaire sont pris en charge. Ils sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie.

● 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 dentaire.

● Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc

216, Bd Zerkouni | CP : 20000 | Casablanca, Maroc  
Sanlam Maroc - 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. RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249  
IF : 01084025 - ICE : 000230054000034

T +212 522 42 06 06

F +212 522 20 60 81

sanlam.ma

Suite de  
Fiche n°  
5552465B



Suivez vos dossiers  
sur l'application Sanlam

App Store

Google Play

Déclaration dentaire n° 5751668 B

### Société contractante

Société contractante : AFA

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : ZELLA G Prénom(s) : SAMIRA

N° de C.I.N. : Date de naissance :

Adresse : Ville :

Montant des frais engagés : 6000,00 DH N° GSM :

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 : Casa, le 31.10.2023

Signature de l'assuré(e)

### Clause « Protection des données personnelles »

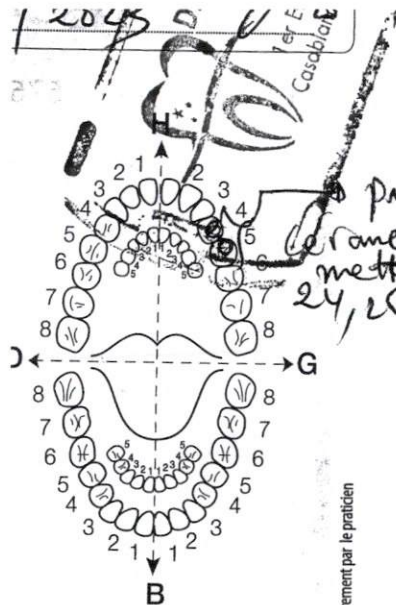
Les données personnelles demandées par l'assuré ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées par les services de l'assureur et les tiers autorisés.  
La durée de conservation de ces données 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 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.  
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 qu'électroniquement, 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 Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zerkouni, Casablanca.  
Tél. : 05 22 42 06 06 - 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 courriel à ces sollicitations commerciales.



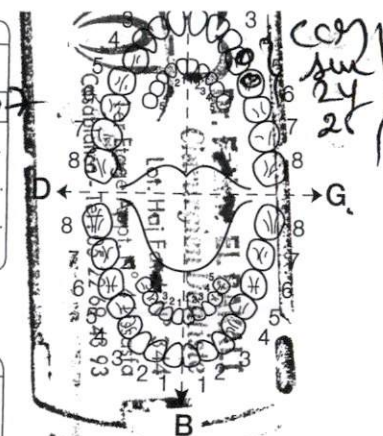


D

## Page : 1(Dernière page)



Prothèse dentaire			
Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE 00228081600067	N° INP 094188067		
31/10/12	C07	D54	3000X
	24,25	(180)	2
		X2	
Total des honoraires : 6000,00 Dhs			



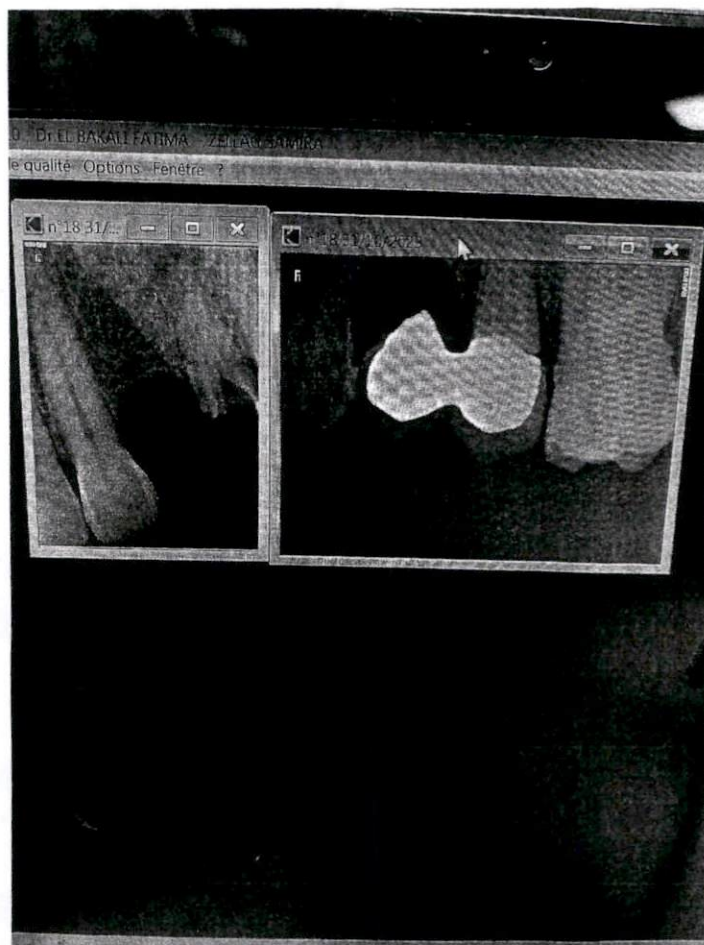
Traitement ODF		
Semestre n°	Commence le	Termine le
N° ICE	N° INP	
Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
		 <b>Dr. Fatima EL BAKALI</b> Chirurgien Dentiste L'Esplanade N° 344 1er Etage App. N° 344 Lissafa Casablanca - Tél : 05 22 69 43 93



Pharmacie - Analyses - Radiographie			
Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement
	N° ICE	N° INP	
	N° ICE	N° INP	
	N° ICE	N° INP	
	N° ICE	N° INP	

(\*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

(\*) champs à remplir obligatoirement par le praticien



le 31/10/23

→ ZELLAG SAMI  
Rx avant et après  
réalisation des  
couronnes Céramo.  
métalliques Sen





# NOTE D'HONORAIRES



Dr. F. EL BAKALI  
Chirurgien Dentiste

Lot. Haj F. N° 344

1er étage Apt. N° 4 Lissasfa

Casablanca - Tel: 02 22 69 43 93

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE: 094 178067

N° de l'ICE: 002280816000067

N° de l'IF: 37505713

Bénéficiaire: ZELLAG SARIRA

Date 31.10.23

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
24	D454	31/10/2023	-	180	3000,00	
25	(180)	31/10/2023	-	X	X	
				2	2	

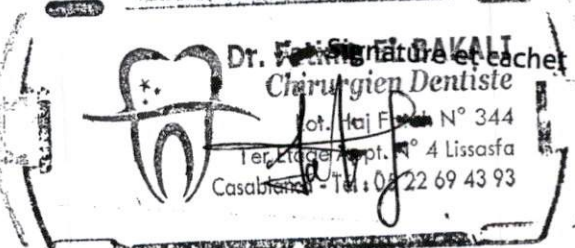
Montant global: 6000,00 HT six mille

Mode de paiement ☐ Espèces ☐ Chèque

Adresse:

Téléphone:

Fax:





le 31/08/23

Mme ZELLAG

SAMIRA

Rx avant

la réalisation

de CCG sur

24,25.

Dr Fatima El Khatib  
Dentiste  
N° 344  
Disasfa  
69 43 93



5  
6  
7  
8  
8  
7  
6  
5

(\*) Champs à remplir obligatoirement par le praticien

nature  
praticien

## Prothèse dentaire et orthodontie

### Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis ☒  
Facture ☐

Établi le :  
Établie le :

31/08/2023

### Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE	002280816000067	N° INP	094188067
31/08/2023	2ccr sur 24 25	Dag4 (180) X	3000x2

Total des honoraires : 6000,00 DRA Dh

### Traitement ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le
N° ICE	N° INP	
Cadre réservé à Saham assurance	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du prat

## Pharmacie - Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du
N° ICE	N° INP		
N° ICE	N° INP		
N° ICE	N° INP		

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire

## Prothèse dentaire et orthodontie

### Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis ☒  
 Facture ☐

Établi le :  
 Établie le :

31/08/2023

### Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE 002280816000067	N° INP 094188067		
31/08/2023	2C01 Sun 24 25	Dag4 (MO) X	3000X2

Total des honoraires : 6000,00 DA Dh

### Traitement ODF

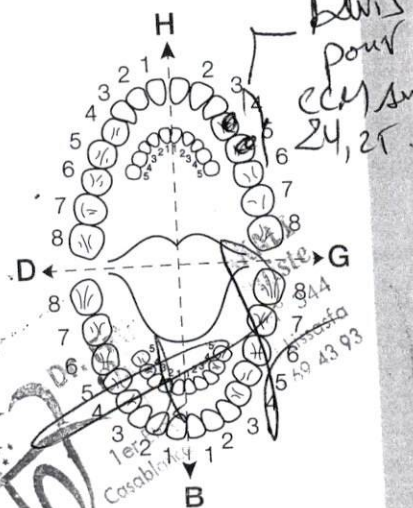
Semestre n°	Commence le	Termine le
N° ICE	N° INP	
Cadre réservé à Saham assurance	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien

### Pharmacie - Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Cachet et signature attestant du paiement
N° ICE	N° INP		
N° ICE	N° INP		
N° ICE	N° INP		

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire

Date/heu  
 29/08/2023



(\*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

www.sahamassurance.ma