

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

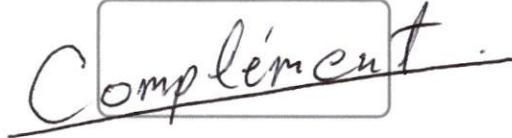
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

N° W21-829171

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9004	Société :	RAM.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	389
Nom & Prénom : CHEMSI SAAD			
Date de naissance : 28 - 02 - 1972			
Adresse : habituelle			
Tél. : 06 62 70 53 57	Total des frais engagés : 6000,00 4800,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : ZELLAG SABRINA Age: 1975	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 29 NOV. 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 : CNSS Le : 23/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	D	H	G	B	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
D	H	G						
B	B	G						

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 bénéficiaire 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.

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 Sén.
N° dossier :
5552465B



Suivez vos dossiers sur l'application **Sanlam**

App Store

Google Play

Déclaration dentaire n° 5751668 B

Société contractante

Société contractante :

AFA

Cachet de la société contr

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : **ZELLA G**

Prénom(s) : **SAMIRA**

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 : **Casab**

, le **31.10.2023**

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 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 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 qui obtiennent lesdites 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 qu'électroniques, 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 Zerk

tel : 02 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

sollicitations commerciales.

Xer

Re

1

D

Soins Dentaires

Soins

Les extractions de plus de 5 dents nécessitent l'accord préalable de la compagnie

Devis

Facture

Établi le :

Établie le :

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
N° ICE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		N° INP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

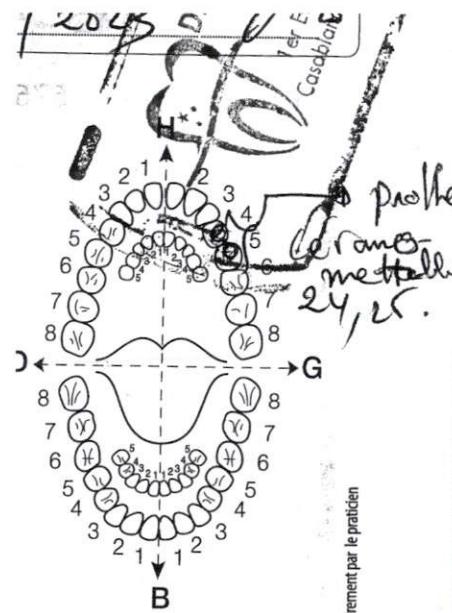
Total des honoraires :

Cadre réservé à
Saham Assurance

**Devis /signature
et cachet du praticien**

**Facture / signature
et cachet du praticien**

Exemplaire à conserver par l'assuré(e)



(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE	00228031600062	N° INP	094/188062
31/10/13	C07	Nagy 24,25 (180)	3000X 2 X2
Total des honoraires : 6000,00 DH			Dh

Traitements 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

DR. FATHIMA EL BAKALI
Chirurgien Dentiste
Etablissement N° 344
1er Etage App. N° 4 Lissafa
Casablanca - Tél : 05 22 69 43 93

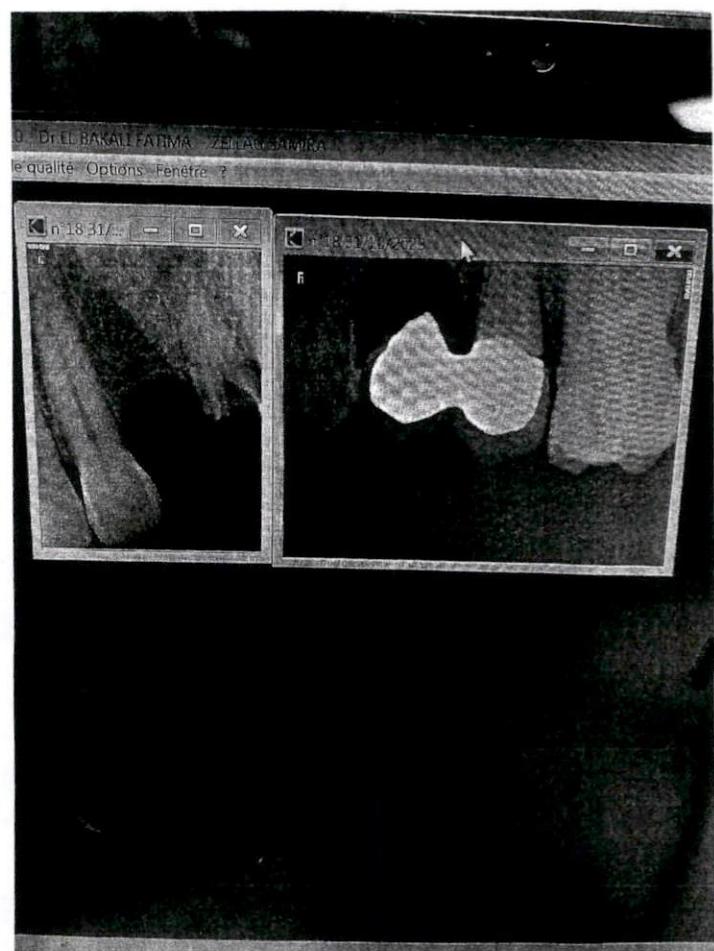
Pharmacie - Analyses - Radiographie

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	

(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

le 31/10/23

→ ZELLAG SAM.
Rx avant et après
réalisation des
lourvannes céano.
metalloques sen
21/25



NOTE D'HONORAIRES

Dr. Fatima EL BAKALI
Chirurgien Dentiste

Lot. Haj Fath N° 344

1er Etage App. N° 4 Lissasfa
Casablanca - Tel: 022 69 43 93

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 094 188067

N° de l'ICE : 0022 7081 60000 67

N° de l'IF : 375057 13

Bénéficiaire : ZELLAG SANIRA

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 المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
24	D754	180/23	-	180	3000,00	
26	(180)	31/10	-	X	X	
				2.	2.	

Montant global : 6000,00 DT . six mille

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Dr. Fatima EL BAKALI
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fath N° 344
1er Etage App. N° 4 Lissasfa
Casablanca - Tel: 022 69 43 93

31/08/23

ZELLAG
SANTARA

Rx auto-
de-realisation
de cog fun
24.9.5.



nature
praticien

(*) Champs à remplir obligatoirement par le praticien

Prothèse dentaire et orthodontie

Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis
Facture

Établi le : 31/03/20
Établie le : *

Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE	002280816000067	N° INP	0941488067
31/08/2023	2 (en)	D 55 (180)	3000 X 2
	juin 24	X	
	25	2.	
Total des honoraires :	+	6000,00	DRA +
			Dh

Total des honoraires : 6000,00 DA

Traitements ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le
.....		
N° ICE		N° INP

Pharmacie – Analyses – Radiographie

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire

Prothèse dentaire et orthodontie

Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

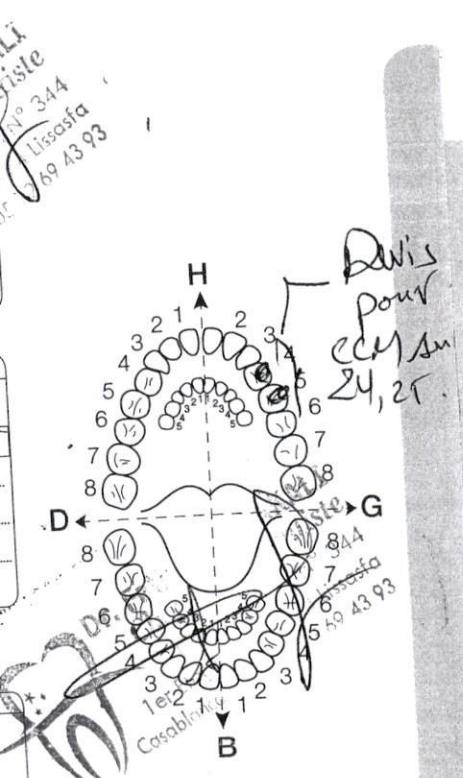
Devis
Facture

Établi le : 31/03/2003 * Tel. 01 45 20 00 30
Établie le : 31/03/2003 * Tel. 01 45 20 00 30
Casablanca

Date/heu
29/08/202

Prothèse dentaire

Prothèse dentaire			
Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE 002280816000069		N° INP 094188067	



Traitement ODF

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

champs à remplir obligatoirement par le praticien

Pharmacie – Analyses – Radiographie

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire