

**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° W21-829173

183890

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9004 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHEMSI SAAD

Date de naissance : 28-02-1972

Adresse : habituelle

Tél. : 06 62 78 53 57 Total des frais engagés : 300/240/60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZEILAC SAMIRA Age : 1975

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 : 23/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - 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
		AM	PC	IM	IV	

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 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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>	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"/>														

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Décompte individuel de remboursement N°278416Référence

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
6202266B	07/11/2023	ZELLAG SAMIRA	Soins Et Chirurgie Dentaire	300,00	3 000,00	80 %	240,00	60,00
Sous-total				300,00	3 000,00		240,00	60,00
TOTAL GENERAL				300,00	3 000,00		240,00	60,00

INFORMATIONS

Références du règlement : Paiement N° 278416 du 21-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^{ème} 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.

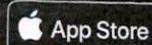
Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc
216, Bd Zerkoutouni | 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



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



6202266

B

Déclaration dentaire n°

Société contractante

Société contractante : AFSA
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) : SAMI RA
N° de C.I.N : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ Ville : CASA
Montant des frais engagés : 30,00 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 07-11-2023

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 exclusivement 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 légales 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 habilités 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 papier 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 Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zerkoutouni - 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 courrier à ces sollicitations commerciales.

VOLET DÉTACHABLE

6202266

Police n° : _____

Adhésion n° : _____

Déclaration dentaire n°

VOLET DÉTACHABLE

6202266

Police n° : _____

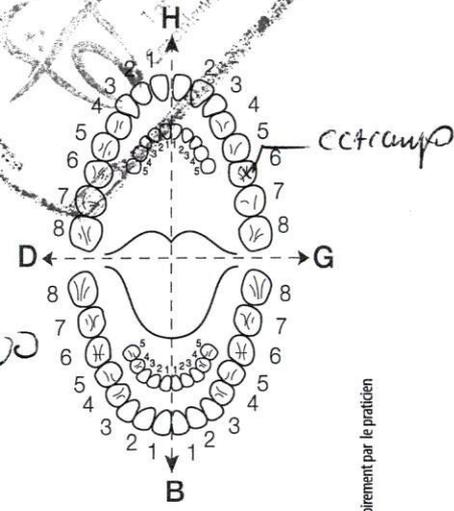
Adhésion n° : _____

Déclaration dentaire n°

la maladie : carie de cavité + composite
 t d'un accident, en indiquant la cause :
CAS 4, le 07/M/2023

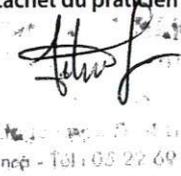
Dentaires
 actions de plus de 5 dents nécessitent l'accord préalable de la compagnie
 Établi le :
 Établi le : 07/M/2023

N°	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
103	26	CCFCamp	1,02	3000,00
004280816000000		INP 034188067		



(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

honoraires : Dh

Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis /signature et cachet du praticien	Facture /signature et cachet du praticien
		

re à conserver par l'assuré.

Devis U Établi le :
 Facture O Établi le :

Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
N° ICE		N° INP	

Total des honoraires : Dh

Traitement ODF

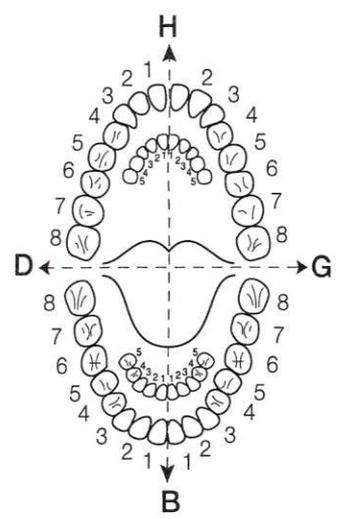
Semestre n°	Commence le	Termine le
N° ICE		N° INP

Cadre réservé à Sanlam Maroc	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
------------------------------	--	--

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.



(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien