

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13007

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FEDANE Imane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

*Complément*

Nom et prénom du malade : KHALID Hicham Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie .....

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 : Casa

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

Le : 26 / 02 / 2024

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

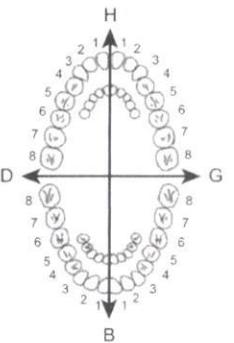
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

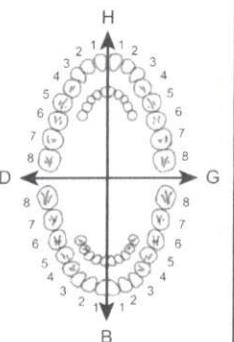
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

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

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION


**Recommandations importantes**
**Etablir une déclaration par personne et par maladie**

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

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

- Les noms et prénoms de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.

- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises à la Compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.

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

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

- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisées la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail des fournitures pharmaceutiques.

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

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc

216, Bd Zarzoura | CP. 20000 | Casablanca, Maroc

Sanlam Maroc - société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 47.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances, RCS Casablanca 22.341.CNSS. 367.8540 - Taxe professionnelle : 355.11249. IF : 01084025 - ICE : 000220054000034

 T : +212 522 42 04 06  
 F : +212 522 20 60 81  
 sanlam.ma

**VOLET DÉTACHABLE**
**22834382**

Déclaration de maladie n°

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

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.**

 Suivez vos dossiers maladie  
sur l'application **Sanlam Maroc**
[App Store](#)
[Google Play](#)
**Déclaration de maladie n°**
**22834382**
**A**
**Maladie**

**Maternité**

**Optique**

**Traitements spéciaux**

**Société contractante**

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

**Renseignements concernant l'assuré(e)**

 Nom : **KHALIDI**

 Prénom(s) : **Hicham**

N° de C.I.N. :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Montant des frais engagés :

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 **09/01/2026**

Signature de l'assuré(e)

**Clause « Protection des données personnelles »**

Les données personnelles demandées par l'assuré(e) ont un caractère obligatoire pour valider la souscription au présent contrat et l'exécution des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assuré(e) et les tiers autorisés.

Le 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(e) de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, le traitement des informations de l'assuré(e) soussigné(e) est limité aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assuré(e) et aux tiers légalement autorisés à obtenir ces informations.

L'assuré(e) garantit notamment le respect de la loi 17/02 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(e) 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, au 216, Boulevard Zarzoura - 20000 CASABLANCA.

De manière expresse, l'assuré(e) soussigné(e) autorise l'assuré(e) à utiliser ses coordonnées à des fins de prospection commerciale en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

**VOLET DÉTACHABLE**
**22834382**

Déclaration de maladie n°

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

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.**

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

**22834382**
**VOLET DÉTACHABLE**

Déclaration de maladie n°

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

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Exemplaire à conserver par l'assuré(e).**

Police n° :

Adhésion n° :

Nom de l'assuré(e) :

Date de consultation :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

|                  |   |                |                                     |   |                            |
|------------------|---|----------------|-------------------------------------|---|----------------------------|
| Police N°        | : | 0600999848     | Contractant                         | : | Arena Property Development |
| Assuré           | : | Khalidi Hicham | Date de réception de la déclaration | : | 16/01/2024                 |
| N° Adhésion      | : | 154            | Date de validation                  | : | 19/01/2024                 |
| Personne soignée | : | Khalidi Hicham | Date de survenance                  | : | 23/10/2023                 |
| Sinistre N°      | : | 5848621        | Déclaration N°                      | : | 22834382A                  |
| Bordereau N°     | : | 945713         | Médecin Traitant                    | : | *****                      |

| Nature de soins            | Frais engagés (Dh) | Coefficient | Valeur | Base de remboursement (Dh)<br>(a) | Frais remboursés par le premier assureur (Dh) | Taux de remboursement (b) | Frais remboursés (Dh) (c)=(a)*(b) |
|----------------------------|--------------------|-------------|--------|-----------------------------------|---|---------------------------|-----------------------------------|
| CONSULTATION / SPECIALISTE | 300,00             | NA          | NA     | 300,00                            | 0,00  | 90 %                      | 270,00                            |
| MONTURE                    | 2 800,00           | NA          | NA     | 2 333,33                          | 0,00  | 90 %                      | 2 100,00                          |
| VERRES                     | 1 300,00           | NA          | NA     | 1 083,33                          | 0,00  | 90 %                      | 975,00                            |
| <b>Totaux (Dh)</b>         | <b>4 400,00</b>    |             |        | <b>3 716,66</b>                   |   |                           | <b>3 345,00</b>                   |

### Détail explicatif des soins non remboursés

| Nature du soin non remboursé | Montant du soin non remboursé | Motif du non remboursement |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| tva monture                  | 466,67                        | TVA NON REMBOURSABLE       |
| tva verres                   | 216,67                        | TVA NON REMBOURSABLE       |
| <b>Totaux (Dh)</b>           | <b>683,34</b>                 |                            |

Nom du gestionnaire : TARIKT HASSAN

Date de l'édition : 26-02-2024

- (a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé. Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.
- (b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.
- (c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

|   |                    |                                       |                                     |
|---|--------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Nom du patient :                                  | KHALID             | Prénom(s) du patient :                | Dr. Lilia Boutaqbouit               |
| Date de naissance :                               |                    | Lien de parenté avec l'assuré :       | & Bd Abdelmoumen Rés Oushmane       |
| Nature de la maladie :                            | Affection oculaire | 1 <sup>re</sup> Etg, N°3 - Casablanca | Tel : 0522 259 011 - 06 69 85 48 54 |
| S'il s'agit d'un accident, co-indiquer la cause : |                    |                                       |                                     |
| Fait à :  |                    | , le                                  |                                     |

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

| Date des actes médicaux | Nombre d'actes | Nature et coefficient | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes   |
|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/10/16                | Consultation   | 300,00 Dhs            | Dr. Lilia Boutaqbouit           |  |
|                         |                |                       |                                 | Ophtalmologue<br>& Bd Abdelmoumen Rés Oushmane<br>1 <sup>re</sup> Etg, N°3 - Casablanca<br>Tel : 0522 259 011 - 06 69 85 48 54 |
|                         |                |                       |                                 |  |
|                         |                |                       |                                 |  |
|                         |                |                       |                                 |  |

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

| Date de l'ordonnance | Montant de la facture | Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture |
|----------------------|-----------------------|--|
|                      |                       |  |
|                      |                       |  |
|                      |                       |  |
|                      |                       |  |
|                      |                       |  |

Analyses - Radiographies

| Date de l'ordonnance | Désignation des coefficients | Montant des honoraires | Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue |
|----------------------|------------------------------|------------------------|---|
|                      |                              |                        |   |
|                      |                              |                        | N° ICE [ ] N° INP [ ]                               |
|                      |                              |                        | N° ICE [ ] N° INP [ ]                               |
|                      |                              |                        | N° ICE [ ] N° INP [ ]                               |
|                      |                              |                        | N° ICE [ ] N° INP [ ]                               |

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis  Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_  
 Facture  Nombre de séances : \_\_\_\_\_ Établi le : \_\_\_\_\_

| Date des soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des honoraires | Signature N° d'au... praticien   |
|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|--|
|                | AM     | PC | IM | IV |                                 |  |
| 08/01/16       |        |    |    |    | #410046#                        | BENKIA HAJAR<br>GPE 4 Lot Errachid<br>Errakima Dar Bouazza<br>Casablanca<br>Fix : 08 08 56 38 77 |
|                |        |    |    |    |                                 |  |
|                |        |    |    |    |                                 |  |
|                |        |    |    |    |                                 |  |

Cadre réservé à Sanlam Maroc

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

Exemplaire à conserver par l'assuré

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.



**Dr. Lina Boutaqbout**

Spécialiste des maladies & chirurgie des yeux  
الخصائية طب و جراحة العيون

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Réfractive et de Chirurgie de Cataracte par Phacémulsification - TOULOUSE

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Vitreo-rétinienne - BORDEAUX

Diplôme interuniversitaire de Pathologies Rétiniennes. Laribolisière - PARIS

Diplôme interuniversitaire de Contactologie - PARIS

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

دبلوم جراحة المياه البيضاء و تصحيح البصر بالليزر - نولز

دبلوم جراحة الشبكية - بوردو

دبلوم أمراض الشبكية والسكنري - باريس

دبلوم العدسات اللاصقة - باريس

## ORDONNANCE

23 octobre 2023

**Mr KHALIDI Hicham**

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = Plan (- 0.25 à 87°)

OG = Plan (- 0.25 à 180°)

*BENKIA HAJAR*  
1 Imm 7 GPE 4 Lot Errakkil  
Errahma Dar Bouazza  
Casablanca  
Fix : 08 08 56 38 77

**Dr. Lina Boutaqbout**  
Ophtalmologiste  
9 Rue Bachir Laalej  
& Bd Abdelmoumen Rés Oushmane,  
1<sup>er</sup> Étg N°3 - Casablanca  
Tél : 0522 259 011 - 06 69 85 48 54

- لا نغير تاريخ الفحص -

زنقة البشير لصالح و شارع عبد المؤمن، إقامة أشعلم، الطابق الأول، الرقمن 3 الدار البيضا، 9<sup>e</sup> مدحلة عبد المؤمن

9 rue Bachir Laalej & boulevard Abdelmoumen

Résidence Oushmane, 1<sup>er</sup> étage, n° 3, Casablanca - Maroc • Arrêt : Station Abdelmoumen

0522 259 011 • Urgences : 0669 854 854 • contact@linaboutaqbout.ma

Patente : 34700268 - IF : 25035038 - CNSS : 1088939 - ICE : 00203810000079

www.ophtalmologiste.ma

**BENKIA OPTIQUE**  
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
SPÉCIALISTE



7 Op, Annakhil Rahma -Etage MG Apt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca

RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443

ICE : 002721244000032

FACTURE N° 14038

Casablanca, le 08.10.24

M. KHALIDI HICHAM

Docteur : LINA Boutaqbout

Monture : optique 2.800 dh

Verres : correcteur, C.R.

|     |   |         |
|-----|---|---------|
| VL  | OD : Plan (- 0.25 à 87°)<br>OG : Plan (- 0.25 à 180°) | 1300 dh |
| ADD | .....   | .....   |
| VP  | OD :<br>OG :  | .....   |

Total : 4.100 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille et cent dirhams

Signature et Chachet

*HAJAR BENKIA*  
INPE: 095028411

*BENKIA HAJAR*  
3 Imm 7 GPE 4 Lot Errakkil  
Errahma Dar Bouazza  
Casablanca  
Fix : 08 08 56 38 77