

# 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.

## Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080261

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 106011 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M445 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMANI HICAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660016803 Total des frais engagés : 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 :

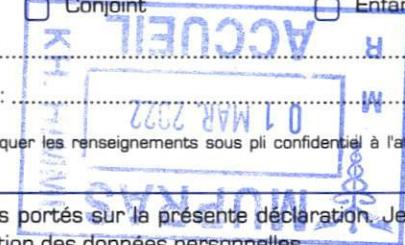
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




**SAHAM**  
Assurance

member of Sanlam group

**DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE**

<b>Police N°</b>	: 0600996886	<b>Contractante</b>	: Centrale Automobile Cherifienn
<b>Assuré</b>	: Safaa Errach	<b>Date de réception de la déclaration</b>	: 07/01/2022
<b>N° Adhésion</b>	: 309	<b>Date de validation</b>	: 10/01/2022
<b>Personne soignée</b>	: Safaa Errach	<b>Date de survenance</b>	: 23/12/2021
<b>Sinistre N°</b>	: 5207697	<b>Déclaration N°</b>	: 20715764A
<b>Bordereau N°</b>	: 828277	<b>Médecin Traitant</b>	: AMRANI HENCHI SAIDA

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
CONSULTATION / SPECIALISTE	250.00	NA	NA	250.00	NA	85.00 %	212.50
MEDICAMENTS	373.20	NA	NA	373.20	NA	85.00 %	317.22
<b>Totaux</b>	<b>623.20</b>			<b>623.20</b>			<b>529.72</b>

**Détail explicatif des soins non remboursés**

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
<b>Totaux</b>		

**Nom du gestionnaire : NACIRI FATIMA**
**Date de l'édition : 10/01/2022**

- 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.



# Comprimés pelliculés ; Boîte de 24 Sirop ; Flacon de 125 ml Alpha-amylase

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT Composition qualitative et quantitative

Comprimé :	Pour 1 Cp enrobé
Alpha-amylase *Soit 2142.9 Unités Pharmacopée Européenne par Comprimé.	3000 U CEIP*
Excipients	q.s.p. .... 1 Cp
Sirop :	Pour 1 ml de sirop
Alpha-amylase *Soit 142.86 Unités Pharmacopée Européenne par ml de sirop.	200 U CEIP*
Excipients	q.s.p. .... 1 ml

## EXCIPENT A EFFET NOTOIRE

**Comprimé :** Saccharose et Jaune orangé S (E110).

**Sirop :** Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de propyle sodique (E217), Parahydroxybenzoate de méthyle sodique (E219).

## Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée anti-inflammatoire.

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu ir

## COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

## Posologie

### • Comprimé :

**Adulte :** 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas

### • Sirop :

**Adulte :** 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

**Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) :** 2 cuillères à

**Nourrisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) :** 1 cuillère à

## Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un ve

## Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement

En l'absence d'amélioration comme en cas de persi

Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée s

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDIC

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou

cas du sirop).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE I

VOTRE PHARMACIEN.

## EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut pro

surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

• Si l'un des effets indésirables devient sérieux ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien.

## 1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

Dénomination : SAFLU® 50, 125 et 250, suspension pour inhalation.

Forme pharmaceutique et présentations : Suspension pour inhalation, boîte de 1 flacon de 120 doses.

## Composition :

Principes actifs	SAFLU 50	SAFLU 125	SAFLU 250
Propionate de fluticasone (quantité équivalente en fluticasone (DCI))	50 µg	125 µg	250 µg
Salmétérol (DCI) xinafoate : quantité équivalente en salmétérol	25 µg	25 µg	25 µg

Excipients : q.s. pour une dose.

**Classe pharmaco thérapeutique :**  
Le salmétérol est un bêta-2 mimétique bronchodilatateur de longue durée d'action. Les bronchodilatateurs aident à garder les bronches ouvertes. Cela permet de faciliter l'entrée et la sortie de l'air dans les poumons. L'effet dure au moins 12 heures. Le propionate de fluticasone est un corticoïde qui diminue l'inflammation et l'irritation dans les poumons.

## 2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT :

**Indications :**

Votre médecin vous a prescrit ce médicament pour aider à prévenir certaines troubles respiratoires tels que l'asthme.

Vous devez utiliser SAFLU tous les jours comme indiqué par votre médecin.

Cela permettra de contrôler correctement votre asthme.

SAFLU permet d'éviter la survenue d'essoufflement et de sifflement. Il n'agit pas lorsque vous avez déjà un essoufflement ou un sifflement. Dans ces cas, vous devez utiliser votre médicament bronchodilatateur dit « de secours » d'action rapide et de courte durée, comme le salbutamol.

## 3. DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :

**Contre-indications :**

Ne prenez jamais SAFLU si :

• vous êtes allergique au xinafoate de salmétérol, au propionate de fluticasone ou à l'autre constituant de ce médicament le propylène glycol (HFA 134a).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## Précautions d'emploi : mises en garde spéciales :

Votre médecin surveillera plus attentivement votre traitement si vous avez des problèmes médicaux tels que :

• Une maladie du cœur, y compris un rythme cardiaque irrégulier ou trop rapide.

• Une hyperactivité de la thyroïde,

• Une pression artérielle élevée.

• Du diabète (SAFLU peut augmenter le taux de sucre dans votre sang).

• Un faible taux de potassium dans votre sang.

• Une tuberculose actuellement en cours d'évolution ou survenue dans le passé.

Si vous avez déjà eu l'un de ces problèmes, parlez-en à votre médecin avant d'utiliser SAFLU.

## Interactions médicamenteuses et autres interactions :

Si vous prenez ou avez pris récemment tout autre médicament, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Cela concerne les médicaments pour l'asthme et tout autre médicament y compris ceux obtenus sans ordonnance.

Ceci est dû au fait que SAFLU peut ne pas être adapté à la prise simultanée d'autres médicaments.

Avant de commencer à utiliser SAFLU, informez votre médecin si vous prenez les médicaments suivants :

• Bêta-bloquants (tels que atenolol, propranolol, sotalol). Les bêta-bloquants sont surtout utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle ou pour d'autres maladies cardiaques.

• Traitements antiviraux ou antifongiques (tels que des médicaments contenant du ritonavir, du kétoconazole et de l'itraconazole). Certains de ces médicaments peuvent augmenter le taux de propionate de fluticasone ou de salmétérol dans votre organisme. Cela peut augmenter le risque d'avoir des effets indésirables avec SAFLU, notamment des battements cardiaques irréguliers, ou rendre plus graves des effets indésirables.

• Corticoïdes (par voie orale ou injectable). Si vous avez pris ces médicaments récemment, il existe un risque que ce médicament exerce également un effet sur les glandes surrénales de votre organisme.

Grossesse et allaitement :

Si vous êtes enceinte, que vous prévoyez de l'être, ou que vous allaitez, prévenez votre médecin avant de prendre SAFLU. Votre médecin évaluera avec vous si SAFLU est le traitement le mieux adapté à votre état.

**Stérilité :**

Attention, ce médicament contient des principes actifs

de la poitrine ou si vous avez plus souvent besoin d'utiliser votre traitement bronchodilatateur de secours, continuez à utiliser SAFLU sans augmenter le nombre de bouffées de SAFLU. Votre état respiratoire pourrait s'aggraver et vous pourriez alors être davantage malade. Dans ce cas, consultez votre médecin, car il se peut que vous ayez besoin d'un traitement supplémentaire.

## Instructions d'utilisation

• Votre médecin, votre infirmier (ère) ou votre pharmacien devront vous montrer comment utiliser votre dispositif d'inhalation. Ils vérifieront comment vous l'utilisez à chaque visite. Ne pas utiliser SAFLU correctement ou comme vous l'avez prescrit votre médecin pourrait limiter son efficacité pour traiter votre asthme.

• Le médicament est contenu dans une cartouche pressurisée insérée dans un applicateur en plastique muni d'un embout buccal.

## Vérification du fonctionnement du dispositif :

• Lorsque vous utilisez le dispositif pour la première fois, testez son bon fonctionnement. Retirez le capuchon de l'embout buccal en pressant doucement les côtés, entre le pouce et l'index et tirez-le.

• Afin de s'assurer qu'il fonctionne, agitez le bien, éloignez l'embout buccal de vous et appuyez sur la cartouche pour libérer une bouffée dans l'air. Répétez ces étapes, en agitant bien le dispositif avant de libérer chaque bouffée. Si vous n'avez pas utilisé votre dispositif depuis une semaine ou plus, libérez deux bouffées de produit dans l'air.

## Utilisation du dispositif :

Il est important de commencer à respirer le plus lentement possible juste avant d'utiliser le dispositif :

1. Tenez vous debout ou assis quand vous utilisez votre dispositif.

2. Retirez le capuchon de l'embout buccal. Vérifiez l'intérieur et l'extérieur de l'embout buccal afin de vous assurer que celui-ci est propre et ne contient pas de corps étranger.

3. Agitez l'appareil 4 à 5 fois afin d'éliminer tout corps étranger et d'assurer le mélange des composants de la suspension contenue dans le flacon

4. Tenez l'appareil bien à la verticale en plaçant le pouce à la base, sous l'embout buccal. Expirez autant que vous le pouvez.

5. Placez l'embout buccal dans votre bouche entre les dents. Fermez les lèvres autour. Ne mordez pas l'embout buccal.

6. Inspirez par la bouche. Juste après avoir commencé à inspirer à travers le dispositif, appuyez fermement vers le bas sur le haut de l'appareil pour libérer une bouffée de médicament, tout en inspirant régulièrement et profondément.

7. Pendant que vous reprenez votre respiration, retirez le dispositif de votre bouche et vos doigts du haut de l'appareil. Continuez à retenir votre respiration durant quelques secondes, autant que vous le pouvez.

8. Attendez environ 30 secondes avant une nouvelle inhalation puis répétez les étapes 3 à 7.

9. Ensuite, rincez votre bouche à l'eau en la recrachant. Ceci permettra d'éviter l'apparition d'une candidose ou d'une voix rauque.

10. Après utilisation, remettez toujours immédiatement le capuchon en place pour protéger l'embout buccal de la poussière. Quand le capuchon est fixé convenablement on peut entendre un « clic ».

Si vous n'entendez pas de clic, tournez le capuchon dans l'autre sens et réessayez sans forcer.

Si vous ou votre enfant avez des difficultés à utiliser votre dispositif, une chambre d'inhalation peut améliorer le traitement par SAFLU. Avant d'utiliser pour la première fois une chambre d'inhalation ou si vous devez changer de chambre d'inhalation, demandez l'avis à votre médecin, votre infirmier (ère) ou votre pharmacien.

## Nettoyage du dispositif :

Pour son bon fonctionnement, le dispositif doit être nettoyé au moins une fois par semaine.

Pour nettoyer le dispositif :

• Retirez le capuchon de l'embout buccal.

• Ne séparez la cartouche de l'applicateur en plastique à aucun moment.

• Essuyez l'intérieur et l'extérieur de l'embout buccal et l'applicateur plastique avec un tissu ou un mouchoir propre et sec.

• Remettez le capuchon sur l'embout buccal jusqu'à entendre un « clic » indiquant que celui-ci est fixé convenablement. Si vous n'entendez pas de clic, tournez le capuchon dans l'autre sens et réessayez sans forcer.

Ne pas plonger la cartouche métallique dans l'eau.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDICIN.

## Symptômes et instructions en cas de surdosage

Il est important d'utiliser le dispositif comme votre médecin vous l'a montré. Si vous avez pris accidentellement une dose plus élevée que la dose recommandée, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Vous pouvez remarquer une accélération du rythme cardiaque et des tremblements. Une surdose n'affecte pas le cœur.

ses effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Afin de prévenir l'apparition d'effets indésirables, votre médecin vous prescrira la dose la plus faible possible contrôlant votre asthme.

Reactions allergiques : vous pouvez constater que votre essoufflement s'aggrave subitement après avoir utilisé SAFLU. Vous pouvez percevoir des sifflements bronchiques et tousser. Vous pouvez également ressentir des démangeaisons et remarquer un gonflement (généralement au niveau du visage, des lèvres, de la langue ou de la gorge). Si vous ressentez ces symptômes ou s'ils apparaissent subitement après avoir utilisé SAFLU, parlez-en à votre médecin immédiatement. Les réactions allergiques à SAFLU sont très rares (elles affectent moins de 1 personne sur 10000).

Les autres effets indésirables sont décrits ci-dessous :

Effets très fréquents (affectent plus d'une personne sur 10) :

• Maux de tête diminuant généralement à la poursuite du traitement.

• Une augmentation du nombre de rhumes a été rapportée chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) traitée par l'association salmétérol / fluticasone.

Effets fréquents (affectent moins de 1 personne sur 10) :

• Candidose de la bouche et de la gorge (parfois douloureuse). Egalement langue et gorge irritées, et voix rauque. Rincer votre bouche avec de l'eau et la cracher immédiatement après chaque prise peut permettre d'éviter ces effets.

Votre médecin peut vous prescrire un traitement antifongique pour soigner la candidose.

• Douleurs et inflammations des articulations, douleurs musculaires.

• Crampes musculaires.

Les effets indésirables suivants ont également été rapportés avec l'association salmétérol / fluticasone chez des patients atteints de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) :

• Pneumonie et bronchite (infection respiratoire). Informez votre médecin si vous ressentez l'un des symptômes suivants : quantité des crachats augmentée, modification de la coloration des crachats, fièvre, frissons, augmentation de la toux, augmentation de la gêne respiratoire.

• Ecchymoses (bleus sur la peau) et fractures.

• Inflammation des sinus (sensation de tension ou de pesanteur au niveau de la face, des joues et derrière les yeux, parfois accompagnée d'une douleur pulsatile).

• Diminution de la quantité de potassium dans votre sang (qui peut se manifester par des palpitations, une faiblesse musculaire, des crampes).

Effets peu fréquents (affectent moins de 1 personne sur 100) :

• Augmentations du taux de sucre (glucose) dans votre sang (hyperglycémie). Si vous avez du diabète, des contrôles plus fréquents de votre taux de sucre dans le sang et un ajustement possible de votre traitement anti-diabétique peuvent être nécessaires.

• Cataracte (opacification du cristallin de l'œil provoquant généralement une gêne visuelle).

• Tachycardie (accélération du rythme cardiaque) ou rythme cardiaque irrégulier.

LOT: GB10604

PER: 02/2024

PPV: 185 DH 00

SAFLU 250 microgrammes

Suspension pour inhalation

en flacon pressurisé

120 doses

6 118001 101290

REÇU PAR LE PHARMACIEN

à l'usage de

le patient

et de

la station

sage

us ne

lisez

bière

Pr

systématiquement votre traitement sauf si votre médecin vous demande d'arrêter.

• modifications du comportement, telles qu'activité et irritabilité inhabituelles (ces effets surviennent principalement chez les enfants).

Effets de fréquence indéterminée, mais pouvant également



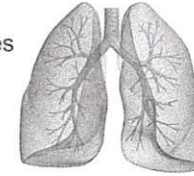


Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques  
Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدركتورة حمري حنحي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 23.12.2021 في الدار البيضاء،

7<sup>ème</sup> - ERRA GH Safaa

185,00  
① Saflor 250

28/11/21 21h 30m  
à renouveler le 28/12/21

41,30  
②

Ventoline  
28/11/21 17h

87,70  
③

Ecodor le  
28/11/21 6h

55,00  
④

Bronylox  
37 3.20 17h 30m

شماره أم الربيع - إقامة الفردوس - مجموعة هـ 25 أ - الطابق السفلي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 02 02

Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

DR. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue  
FIRDOUS - Casablanca  
Tél.: 05 22 89 02 02



ecin

nts concernant le patient

PRAGH Prénom(s) du patient : Safaa

Affection respiratoire Lien de parenté avec l'assuré(e) :

indiquer la cause :

SA , le 23/07/2022

mplir par le Médecin)

Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
S	250 DH	Dr. AMRANI HENCHI SAIDA Pneumo-pneumologue et Allergologue Résidence Firdaous - CASABLANCA RDC - 63340 Tél 06 22 89 02 02

nances (à remplir par le Pharmacien)

Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
373,20	Dr. AMRANI HENCHI SAIDA Pneumo-pneumologue et Allergologue Résidence Firdaous - CASABLANCA RDC - 63340 Tél 06 22 89 02 02

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue

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 et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier

## 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 précisés: 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.

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

● Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.

● L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.

● 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.

● 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 nécessaires.

● Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.

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

SAHAM Assurance, Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n°99-17° portant code des assurances \* siège social 216, Boulevard Zerkouni-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

#### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie N° **20715764**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Police n° : .....

Adhésion n° : .....

Nom de l'assuré(e) : .....

Date de consultation : .....

## Déclaration de maladie N°

Maladie ☒

Maternité ☐

Optique ☐

Traite

### Société contractante

Société contractante : .....

N° de police : .....

N° d'adhésion : .....

N° d'adhésion du conjoint : .....

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : **ERRACH** Prénom(s) : **SAFAR**

N° de C.I.N : ..... Date de naissance : **11/11/1980**

Adresse : **Jamila h Rue 8, N° 74, C.D** Ville : **Casa-**

Montant des frais engagés : **623,20** DH N° GSM : **069930**

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 perso

Fait à : **23/12/2021**, le **Casablanca**

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'assurance.  
utilisées exclusivement à cette fin 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 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 aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.  
L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°08-09° relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère bien sur support physique 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 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 Boulevard Zerkouni - 20000 CASABLANCA - Tél. : 00 56 43 0522 - MAROC.  
De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer à 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°99-17° 216, Boulevard Zerkouni-20000 Casablanca Maroc \* RC Casablanca: 22.341. CNSS: 167.8541 \* Taxe professionnelle: 355.11.249 - IF: 01084025 - ICE: 00023005

#### VOLET DÉTACHABLE

Déclaration de maladie N° **20715764**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Police n° : .....

Adhésion n° : .....

Nom de l'assuré(e) : .....

Date de consultation : .....