

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Hadid - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : B008 Société : RAN

☒ 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 :

Complément

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 Le : 25 / 01 / 2024

Adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PP4FR05/V2 / 20-10-2023

## DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600999848	Contractant	: Arena Property Development
Assuré	: Khalidi Hicham	Date de réception de la déclaration	: 20/12/2023
N° Adhésion	: 154	Date de validation	: 25/12/2023
Personne soignée	: Khalidi Esraa	Date de survenance	: 14/11/2023
Sinistre N°	: 5826944	Déclaration N°	: 22834384A
Bordereau N°	: 941896	Médecin Traitant	: *****

Nature de soins	Frais engagés (Dh)	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (Dh) (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
MEDICAMENTS	955,30	NA	NA	955,30	0,00	90 %	859,77
<b>Totaux (Dh)</b>	<b>1 255,30</b>			<b>1 255,30</b>			<b>1 129,77</b>

Nom du gestionnaire : OUTBOUT SARAPM

Date de l'édition : 28-12-2023

(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.

Assurance Non-Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc | 216, Bd Zerktouni | CP : 20060 | 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 47 40 40  
F +212 522 26 55 58  
sanlam.ma



2. Rincez soigneusement l'applicateur en plastique sous l'eau tiède.

3. Séchez soigneusement l'applicateur aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur.

4. Une fois ces opérations effectuées, remettez en place la cartouche métallique et le capuchon.

Ne plongez pas la cartouche métallique dans l'eau.

**Utilisation d'une chambre d'inhalation:**

Le produit devra être inhalé immédiatement après chaque déclenchement (ou éventuellement après chaque série de deux déclenchements successifs) de l'aérosol doseur dans la chambre d'inhalation.

**Fréquence d'administration**

En cas de crise d'asthme ou de gêne respiratoire:

Le médicament doit être inhalé dès les premiers symptômes.

En prévention de l'asthme d'effort: le médicament doit être inhalé 15 à 30 minutes avant l'exercice.

**Durée du traitement**

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

**6. CONTRE-INDICATIONS:**

N'utilisez jamais BUTOVENT® 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé:

En cas de survenue de majoration de la gêne respiratoire à la suite de l'inhalation de ce produit, ne pas renouveler la prise de ce médicament, mais contacter votre médecin.

supérieure à 30°C, ni au soleil  
Ne pas percer, ni jeter au feu

Tenir hors de la portée des enfants  
Ne pas utiliser BUTOVENT®  
suspension pour inhalation  
date de péremption mentionnée  
extérieur.

**NOM ET ADRESSE DU FABRICANT**

Laboratorio Aldo-Unión, S.A.  
P.O. Box 8

08950 ESPLUGUES DE LL.

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT**

PHARMACEUTIQUE INDUSTRIEL TITULAIRE DE

L'AMM AU MAROC:

PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

Date de révision de la notice :

1<sup>ER</sup> AVRIL 2014

Lot n°: 0081079A  
Péri.: 04-2024  
Médicament autorisé  
N°: 132/19/DMP/2/1/NRODM  
P.P.V.: 45 DH 30

лепа за аерозолен дозатор

Komora Inhalacyjna do podawania leków wziewnych w  
Inhalatorach ciśnieniowych

Spaziatore per dosatore aerosol

Vorschaltkammer für Dosieraerosole

Cámara de Inhalación para aerosol dosificador

Valved holding chamber for metered dose inhaler

Chambre d'inhalation pour aérosol doseur

ZENITH Pharma  
PPC: 285.00 DH

Shaler®

PI-NT-TIP-0008/20210705

510326/D-20

# À remplir par le Médecin

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : EHAND Prénoms : ESKAA  
 Date de naissance : 14 NOV. 2023 Lien de parenté avec l'assuré(e) : filles  
 Nature de la maladie : Toux paroxysmique chronique  
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : \_\_\_\_\_  
 Fait à : Casablanca, le 14 NOV. 2023

## 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
14 NOV. 2023	1	④	300	الدكتورة أمال بوعثمان Dr. Amal BOUGHNAMA PÉDIATRE / ALLERGologue 120, Bd. My Idress 1er - Casa Tél : 05 22 86 02 59
N° ICE : 002223201000073			N° INP : 091036160	

## Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Signature et cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
14.11.23	955,30	PHARMACIE DE LA SECURITE 139, B-27, Digne 1er Tél : 05 22 30 77 53 Casablanca
N° ICE : 092052703		N° INP : _____

## Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
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 et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE : _____					N° INP : _____	

## Cadre réservé à Sanlam Maroc

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.

Assurance Non Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc  
216, Bd Zerktouni | CP : 20000 | Casablanca, Maroc  
Sanlam Maroc : société anonyme d'assurance et de réassurance au capital social de 47.667.400 de DH. Entièrement régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances. RC Casablanca : 22.341.0155 - 167.8541 - Sans professionnelle : 355.71.249  
IF : 01064021 - ICE : 00023054000034

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

VOLET DÉTACHABLE

22834384

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: \_\_\_\_\_



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

App Store

Google Play

## Déclaration de maladie n°

22834384

A

Maladie ☒

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☐

### Société contractante

Société contractante: ARENA

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): Hamid

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 14/12/2023

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 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 est nécessaire pour permettre à l'assureur de 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 réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°108-06 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 impuissable à des tiers non autorisés.

L'assureur s'engage 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 Zerktouni - 20000 CASABLANCA - Tél. 06 06 42 22 05 - MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de propositions commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

VOLET DÉTACHABLE

22834384

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: \_\_\_\_\_



GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
18001 140329

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
18001 140329

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
18001 140329

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
18001 140329

# NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

## FLIXOTIDE

Suspension pour inhalation en flacon pressurisé  
125 microgrammes/dose  
250 microgrammes/dose  
Propionate de fluticasone

**Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

2. Rincez soigneusement l'applicateur en plastique sous l'eau tiède.

3. Séchez soigneusement l'applicateur aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur.

4. Une fois ces opérations effectuées, remettez en place la cartouche métallique et le capuchon.

Ne plongez pas la cartouche métallique dans l'eau.

### Utilisation d'une chambre d'inhalation:

Le produit devra être inhalé immédiatement après chaque déclenchement (ou éventuellement après chaque série de deux déclenchements successifs) de l'aérosol doseur dans la chambre d'inhalation.

### Fréquence d'administration

En cas de crise d'asthme ou de gêne respiratoire:

Le médicament doit être inhalé dès les premiers symptômes.

En prévention de l'asthme d'effort: le médicament doit être inhalé 15 à 30 minutes avant l'exercice.

### Durée du traitement

Se conformer à l'ordonnance de votre médecin.

### 6. CONTRE-INDICATIONS:

N'utilisez jamais BUTOVENT® 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé:

En cas de survenue de majoration de la gêne respiratoire à la suite de l'inhalation de ce produit, ne pas renouveler la prise de ce médicament, mais contacter votre médecin.

Réceptif sous pression: ne pas exposer à une température supérieure à 30°C, ni au soleil.  
Ne pas percer, ni jeter au feu.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ne pas utiliser BUTOVENT®

suspension pour inhalation

date de péremption mentionnée sur l'emballage

extérieur.

### NOM ET ADRESSE DU FABRICANT

Laboratorio Aldo-Unión, S.A.

P.O. Box 8

08960 ESPLUGUES DE LL.

### NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT

PHARMACEUTIQUE INDUSTRIEL TITULAIRE DE

L'AMM AU MAROC:

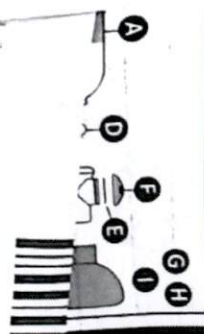
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

Date de révision de la notice :

1<sup>ère</sup> AVRIL 2014

Lot n°: 0081079A  
Période: 04-2014  
Médicament autorisé  
N°: 132/19/DMP/21/PROD/M  
P.P.V.: 45 DH 30



(510326/D-20

ZENTH Pharma  
PPC: 285,00 DH

Shaler®

Chambre d'inhalation pour aérosol doseur  
Valved holding chamber for metered dose inhaler  
Cámara de inhalación para aerosol dosificado  
Vorschaltkammer für Dosieraerosole  
Spaziatore per dosatore aerosol  
Komora inhalacyjna do podawania leków wziewnych w inhalatorach ciśnieniowych  
Инкалационна камера за аерозолен дозатор  
مجرة الاستنشاق لحايل الجرعات المقياس

PI-NT-TIP-0008/20210705

immédiatement un médecin.

Prévention de l'asthme d'effort: inhaler 1 à 2 bouffées, 15 à 30 minutes avant l'exercice.

La dose quotidienne ne doit habituellement pas dépasser 15 bouffées (voir notice pour détails).

### INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.