

# 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

W21-833995

DOK pfor  
Le 16/01/2024 END

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : Boob

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : FEDANE

Autre : Imane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complexe

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

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

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

ACCUER  
05 JAN 2024

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 : Carap

Le : 05/01/2024

..... l'adhérent(e) : Boob

## 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.

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® 100 microgrammes/dose, suspension pour inhalation en flacon pressurisé si la date de péremption mentionnée sur l'emballage a expiré ou si l'application est effectuée à l'extérieur.

**NOM ET ADRESSE DU LABORATOIRE:**

Laboratorio Aldo-Unión, S.A.

P.O. Box 8

08950 ESPLUGUES DE LLOBREGAT

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE INDUSTRIEL TITULAIRE DE L'AMM AU MAROC:**

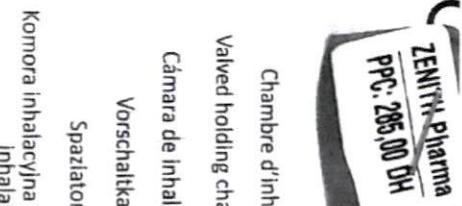
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel - Had Soualem - Maroc

**Date de révision de la notice :**

1ER AVRIL 2014

Lot n°: 00801079A  
Période: 01-2024  
Médicament autorisé N°: 13219DMP/21/NRQDNM  
P.P.V: 45 DH 30



Chambre d'inhalation pour aérosol doseur

Valved holding chamber for metered dose inhaler

Cámaras de inhalación para aerosol dosificador

Vorschaltkammer für Dosieraerosole

Spaziatore per dosatore aerosol

Komora inhalacyjna do podawania leków wizewnych w inhalatorach ciśnieniowych

Чемера за аерозолен дозатор

PI-NT-TIP-0008/20210705

510326/D-20

**À remplir par le Médecin**

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ÉH 245

Prénom du patient : RÉGIS

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'assuré(e) : Frère

Nature de la maladie : 618

## Woolf's Time

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause

14 NOV 2023

Fait à : Cade Bling

— , 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
14 NOV. 2023	18	4	300	 <b>Dr. Amal BOUGHNAMA</b> <b>PÉDIATRE ALLERGOLOGUE</b> 120 Bd Mgr Idresse 1er - Casablanca Tel : 05 22 86 02 59
				ICE : 002223201000073 N° ICE : <input type="text"/> INP : 091036160 N° INP : <input type="text"/>
				N° ICE : <input type="text"/> N° INP : <input type="text"/>

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

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Chiffre de pharmacien attestant le paiement de la facture
14.11.23	955,30	<del>PHARMACIE DE LA SECURITE SOCIALE ALGERIA BIOCHEMIE TICHEBROUN 130, B<sup>e</sup> SIDI BOUZID Casablanca</del>
N° ICE	INPE 002052703	N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		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	/       /
	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 et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	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.



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

Cachet de la société contractante

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : KHALIDI Prénom(s) : Hicham

Date de naissance :

N° de C.I.N. :

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 : Casablanca, 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'assuré et ses partenaires. La durée de conservation des 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 de respecter ses obligations en fonction de la 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'assuré et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations. L'assuré garantit notamment le respect de la loi n°78-09 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 ou électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés. L'assuré s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et l'y tiennent. Les données personnelles 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 Zaidoune - 20000 CASABLANCA Tel. de 06 42 22 05 - MAROC. En cas d'opposition, l'assuré-titulaire autorise l'assuré 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 publications commerciales.

Assurance Non Vie | Assurance Vie

Sanlam Maroc

216, Bd Zaidoune - CP: 20000 | Casablanca - Maroc  
Sanlam Maroc, société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 47 467 400 de DH. Entreprise n° 148  
par la loi n° 17-99 portant code des assurances. RC Casablanca: 22 341 CNSS: 1678541 - Taxe professionnelle: 335 11 249  
N° 01084025 - ICI: D0054000034

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:

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:

