



SAHAM
Assurance

member of Sanlam group

DECOMpte DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 0600993038	Contractante	: Societe Serima
Assuré	: Fatima Filahchouf	Date de réception de la déclaration	: 04/06/2020
N° Adhésion	: 74	Date de validation	: 10/07/2020
Personne soignée	: Fatima Filahchouf	Date de survenance	: 13/04/2020
Sinistre N°	: 4818974	Déclaration N°	: 15144675A
Bordereau N°	: 747345	Médecin Traitant	: IDRISI YAHYA

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)
VISITE / CONSULTATION	150.00	NA	NA	150.00	NA	80.00 %	120.00
MEDICAMENTS	396.50	NA	NA	248.40	NA	80.00 %	198.72
ANALYSE	825.00	NA	NA	825.00	NA	80.00 %	660.00
Totaux	1 371.50			1 223.40			978.72

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
HEPANAT+CARBOXANE	148.10	Produits non remboursables
Totaux	148.10	

Nom du gestionnaire : MOUSSAOUI SOFIA

Date de l'édition : 10/07/2020

- 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.

tions importantes

mention par personne et par maladie

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

La déclaration de maladie doit être accompagnée de la feuille prescrivant les médicaments, ordonnance et de laboratoire, ainsi que toutes les factures.

Les documents de la personne malade doivent être portés par les praticiens eux-mêmes, à l'exception de la maladie.

Les documents concernant une maladie doivent être remis dans les trois mois au plus tard à l'assurance médicale.

Il faut préciser les causes, circonstances,

les étiquettes et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.

La déclaration médicale ou chirurgicale, la déclaration doit être accompagnée d'une ordonnance remise sur laquelle devront être indiqués les actes, la ventilation des frais de 21 jours d'hospitalisation et le détail des médicaments.

Les documents d'honoraires et ordonnances remis doivent être 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 bénéfice 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.

Maladie Maternité Optique Traitements spéciaux

Société contractante

Société contractante : *SAHAM*N° de police : *74*N° d'adhésion : *74*N° d'adhésion du conjoint : *74*

Cachet de la société contractante

Ressources Humaines

Angle Bd M'hamid El Karim et Rue M'hamid

Casablanca

Tél: 0522 40 90 71 *Fax: 0522 43 03

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : *Fellah* Prénom(s) : *Hassan*N° de C.I.N : *74* Date de naissance : *20/05/2000*Adresse : *74* Ville : *74*Montant des frais engagés : *74* DH N° GSM : *74*

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 : *SAHAM*, le *20/05/2000*

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 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'appliquent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés 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 physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

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 SAHAM Assurances, sis au 216 Boulevard Zerkoune - 20000 CASABLANCA - Tél: 0522 43 56 00 - MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur 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.

Docteur Yahya A. IDRISI
Lauréat de la FMP - RABAT
Ex- Médecin des Hôpitaux publics
Certificat en Échographie générale
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
(U. REIMS - France)

الدكتور يحيى ع. الإدريسي
خريج كلية الطب و الصيدلية بالرباط
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
شهادة الفحص بالصدري
نهاده في امراض السكري و علم التغذية
طبيب الشغل
(جامعة ريمس - فرنسا)

SOS MÉDECINS

13/04/2020

Mme/Mlle FILAHCHOUF FATIMA

Prière de faire:

- TSHus T3 T4
- test respiratoire à l'urée marquée

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
NAFI ALA
N° 27 Lotissement Nour et Yamma
Sidi Moulouen - Casablanca
Tél: 0522 74 96 59

العنوان : 64 شارع حسن العلوي الطابق الاول شقة 2 (قبالة إقامة السلام)

الهاتف 05 22 61 22 94 06 62 35 58 33

Email : dr.idrissiyahya@gmail.com

Docteur YAKYA A. IDRISI
Lauréat de la FMP - RABAT
Ex- Médecin des Hôpitaux publics
Certificat en Échographie générale
Certificat en Diabétologie générale - Nutrition
Médecin de Travail
(U. REIMS - France)

الدكتور يحيى ع. الإدريسي
خريج كلية الطب و الصيدلية بالرباط
طبيب سابق بالمستشفيات العمومية
شهادة الفحص بالصدري
هادفة في أمراض السكري و علم التغذية
طبيب الشغل
(جامعة ريمس - فرنسا)

SOS MÉDECINS

13/04/2020

26/03 P1380 Mme/Mlle FILAHCHOUF FATIMA

DOGMATIL 200 MG, Gélule prendre 1gel le soir
pendant 1 mois *ou Sufri 18*

12/3/03 INEXIUM 40mg prendre 1cp par jour le matin
1sem

6/6/03 HEPANAT cp prendre 1cp deux fois par jour
1semaine

29/3/03 NEOFORTAN 160mg 1cp trois fois par jour

29/3/03 CARBOXANE prendre 2cp deux fois par jour

العنوان : 64 شارع حسن العلوي الطابق الاول شقة 2 (قبالة إقامة السلام)

الهاتف 05 22 61 22 94 06 62 35 58 33 الثابت

Email : dr.idrissiyahya@gmail.com



LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MEDICALES

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

NAFIA LAB

Docteur Rachida NAFIA

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux



Dossier N° : 130420-022 Pvt du: 13/04/2020

Casablanca, le 13/04/2020

Compte rendu d'analyses

Nom : Mme FILAHCHOUF Fatima
Demandé par Dr : YAHYA A IDRISI

Page : 1/1

ENDOCRINOLOGIE

TSH- us Thyreostimuline : 2,430 µUI/ml Valeurs Usuelles

(Technique : Chimiluminescence)

Antériorité

Interprétation :

Valeurs usuelles en uUI/ml
Adultes : 0,27 - 5,00
0 - 3 jours : 5,17 - 14,6
4 - 20 jours : 0,43 - 16,1
2 - 12 mois : 0,62 - 8,05
2 - 6 ans : 0,54 - 4,53
7 - 11 ans : 0,66 - 4,14

T4L - thyroxine libre : 15,50 pmol/l (12 - 22)

(Technique : Chimiluminescence)

T3 - Libre : 4,13 pmol/l (3,1 - 6,8)

(Technique : Chimiluminescence)

Nous vous remercions de votre confiance

NAFIA LAB
Nouvelles technologies de l'analyse
NAFIA LAB

Spécialiste en Biologie Médicale

Le Biologiste

LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MEDICALES

N° 27 Lotissement Nasr Et Yamna Sidi Moumen
Tél : 05 22 71 96 59

Facture

N° facture : 2020-02372

Edité le : 27/05/2020

Patient : Mme FILAHCHOUF Fatima

Date prélèvement : 13/04/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
TSH us	250	275,00
T4L - thyroxine libre	200	220,00
T3 - Libre	300	330,00
Total B	750	825,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		825,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Huit Cent Vingt-Cinq Dirhams ***



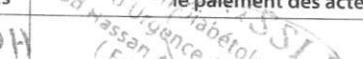
À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : FATIMA Prénom(s) du patient : FATIMA
Date de naissance : 1985 Lien de parenté avec l'assuré(e) :
Nature de la maladie : maladie
S'il s'agit d'un accident, en 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
13/04/2024	Can		150DH	 Dr. Hassan Al-Aqouri, Médecin de l'Urgence / Médecin de Nutrition et diététique, Médecin de travail, Médecin de l'Enfant et de l'Ado, Médecin de l'Adulte
				N° ICE: [REDACTED] N° INP: [REDACTED]
				N° ICE: [REDACTED] N° INP: [REDACTED]

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
13/04/2015	396,50	PHARMACIE DE LA CROIX ROUGE
		INPE: 092650873

Analyses - Radiographies

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

(*) champs à remplir obligatoirement par le praticien

1. **What is the primary purpose of the study?** To evaluate the effectiveness of a new treatment for hypertension.

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

Cadre réservé à SAHAM Assurance

Médecin conseil	Fiche do
------------------------	-----------------