|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Offre** | **Type de contrat** | **N° devis** | **Émis le** | **Valide jusqu’au** |
| SEHASSUR | AMC CNSS Individuelle |  |  |  |

Votre devis personnalisé

Monsieur/Madame

Nous vous remercions pour votre confiance et vous prions de trouver ci-dessous nos propositions d'offres et de tarifs tenant compte des informations communiquées par vos soins.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bénéficiaire** | **Relation au souscripteur** | **Date de naissance** |
| Assuré(e) |  |  |
| Membre 2 |  |  |
| Membre 3 |  |  |
| Membre 4 |  |  |
| Membre 5 |  |  |
| Membre 6 |  |  |
| Membre 7 |  |  |

**Votre prime d'assurance (Montant en dirhams)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Options | ESSENTIELLE | | | OPTIMALE | | | INTEGRALE | | |
| Taux de remboursement | **80%** | **90%** | **95%** | **80%** | **90%** | **95%** | **80%** | **90%** | **95%** |
| Montant TTC annuel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Montant TTC semestriel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Montant TTC trimestriel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Montant TTC mensuel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Par ailleurs, nous vous rappelons qu’en cas de réalisation de cette couverture :

* Toute modification dans les éléments ayant servi de base pour la tarification, donnera lieu à de nouvelles conditions tarifaires.
* Cette tarification sera concrétisée sous réserve d'un questionnaire médical dument complété par vos soins n'appelant aucune remarque de notre part ainsi que de l'ouverture de vos droits auprès de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).
* Ce devis ne constitue nullement une note de couverture ni un contrat.

**Garantie Maladie - Maternité**

ESSENTIELLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ESSENTIELLE** | OPTIMALE INTEGRALE | |
| Nature et catégorie des soins | Nature et catégorie des soins | Plafond1/Lettre Clé (DH) | Plafond2/Lettre Clé (DH) | Plafond3/Lettre Clé (DH) |
| Consultations (Omnipraticiens et spécialistes), Visites à domicile |  |  |  |  |
| Analyses en laboratoires |  |  |  |  |
| Radiologie |  |  |  |  |
| Médicaments |  |  |  |  |
| Hospitalisation (médicale, chirurgicale – privée ou public) |  |  |  |  |
| Optique | | | | |
| Monture de lunettes |  | 400 DH/an | 800 DH/an | 1 200 DH/an |
| Verres - lentilles médicales |  | 1 000 DH/an | 2 500 DH/an | 4 000 DH/an |
| Dentaire | | | | |
| Soins dentaires |  | D=25 DH | D=30 DH | D=40 DH |
| Prothèse dentaire ( tous les 2 ans) |  | 1 500 DH | 2 500 DH | 4 000 DH |
| Parodontose ( y compris soins gencives) |  | 1 500 DH | 2 500 DH | 4 000 DH |
| ODF (accord préalable au 1er Semestre avant 16 ans) |  | 1 500 DH | 2 500 DH | 4 000 DH |
| Maternité | | | | |
| Naissance simple/gémellaire |  | Plafonnée à 1 500 DH | Plafonnée à 2 500 DH | Plafonnée à 4 000 DH |
| Césarienne (avec exclusion forfait maternité) |  |  |  |  |
| Mise en Couveuse |  |  |  |  |
| Frais Pré et Post Natals |  |  |  |  |
| Fausses couches accidentelles (après 3 mois) |  |  |  |  |
| Appareillage | | | | |
| Appareils d’orthopédie et de prothèse |  | 4 000 DH | 6 000 DH | 10 000 DH |
| Autres - Hors panier CNSS au 1er Dirham | | | | |
| Frais de transport au Maroc (en cas d’hospitalisation d’urgence |  | 600 DH | 1 000 DH | 2 000 DH |
| Téléconsultation |  |  | limité à 3 Consultations | limité à 5 Consultations |
| Cure Thermale |  | 600 DH | 1 500 DH | 2 000 DH |
| Acupuncture |  | - | - | 2 000 DH |
| Mésothérapie |  |  | 1 000 DH | 2 000 DH |
| Homéopathie |  |  | 1 000 DH | 2 000 DH |
| Renouvellement Appareils d'orthopédie et de prothèse |  | - | après 5 ans | après 5 ans |
| Plafond par personne et par an |  | 50 000 DH | 70 000 DH | 100 000 DH |
| Délai de carence Mat |  | 9 mois | 9 mois | 9 mois |
| Délai de carence général si antériorité |  | 3 mois | 3 mois | 3 mois |