



# PROGRAMME DE COPAIEMENT





## FICHE DE RENSEIGNEMENT PATIENT

Le programme Moussaadati est un programme de soutien aux patients traités par un des médicaments mentionnés dans la fiche ci-dessous. Ce programme intervient lorsque le médicament est partiellement remboursé par une couverture médicale de base ou totalement à la charge du patient quand ce dernier n'est affilié à aucun régime d'assurance maladie. L'objectif du programme est de couvrir la part financière restant à la charge du patient en partie ou en totalité, afin de lever un frein économique et de garantir la poursuite du traitement prescrit par le médecin traitant, dans le respect de son indication thérapeutique enregistrée au Maroc.

**Afin de pouvoir enrôler le patient dans le Programme Moussaadati, veuillez remplir le document suivant:**

- Nom et Prénom du médecin traitant : .....
- Nom et Prénom du patient ou tuteur légal si applicable : .....
- Adresse professionnelle du médecin traitant (Cabinet Privé / Centre / Clinique):
  - Cabinet Privé
  - Centre ou Clinique, si oui spécifiez le nom: .....
- Ville du médecin traitant: .....
- Téléphone du médecin traitant : ..... / .....
- Indication (Code CIM 10) : .....

**Éligibilité et situation du patient au Programme Moussaadati, merci de cocher la case correspondante :**

- Patient couvert par une assurance privée
- Patient couvert par l'AMO
- Patient non couvert par une assurance maladie - Out of Pocket, définit comme suit dans le cadre de ce Programme:
  - Patients n'ayant aucune couverture maladie
  - Patients couverts par l'AMO, mais dont le médicament n'est pas encore remboursé, avec ou sans demande de dérogation exceptionnelle de remboursement à l'ANAM, qu'elle soit en cours ou refusée.
  - Patient ayant une assurance privée, mais ayant atteint le plafond annuel

**Conditions de remboursement dans le cadre du Programme Moussaadati, pourcentage maximal pris en charge :**

- 30% maximum pour les patients éligibles ayant une assurance de base privée
- 5% maximum pour les patients éligibles ayant l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)
- 30% pour les patients Out Of Pocket, définit comme suit dans le cadre de ce Programme:
  - Patients n'ayant aucune couverture maladie
  - Patients couverts par l'AMO, mais dont le médicament n'est pas encore remboursé, avec ou sans demande de dérogation exceptionnelle de remboursement à l'ANAM, qu'elle soit en cours ou refusée.
  - Patient ayant une assurance privée, mais ayant atteint le plafond annuel

**Médicament concerné par le Programme Moussaadati, veuillez cocher le médicament prescrit :**

<b>Alecensa®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)</b> avec <b>ALK positif</b> , localement avancé ou métastatique.
<b>Enspryng®</b>	<input type="checkbox"/> En monothérapie ou en association avec un traitement immunosuppresseur (TIS) dans le traitement des <b>maladies du spectre de la neuromyéélite optique (NMOSD)</b> chez les adultes et les adolescents présentant des anticorps IgG anti-aquaporine-4 (c.-à-d. séropositifs pour les IgG antiAQP4).
<b>Evrysdi®</b>	<input type="checkbox"/> Traitement de l' <b>amyotrophie spinale (SMA)</b> 5q chez les patients avec un diagnostic clinique de SMA de Type 1, Type 2 ou Type 3 ou avec une à quatre copies du gène SMN2.
<b>Gazyva®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Leucémie lymphoïde chronique (LLC):</b> en association avec le chlorambucil, pour le traitement des patients atteints de LLC non précédemment traitée et présentant des comorbidités coexistantes. <input type="checkbox"/> <b>Lymphome folliculaire (LF):</b> <input type="checkbox"/> <b>Patients non précédemment traités :</b> en association avec une chimiothérapie suivie d'un traitement d'entretien (maximum 2 ans), pour les patients nécessitant un traitement systémique. <input type="checkbox"/> <b>Patients réfractaires ou en progression après rituximab:</b> en association avec la bendamustine, suivi d'un traitement d'entretien (maximum 2 ans), pour les patients n'ayant pas répondu ou ayant progressé pendant ou après un traitement par rituximab ou un schéma thérapeutique contenant du rituximab.
<b>Hemlibra®</b>	<input type="checkbox"/> En <b>prophylaxie</b> pour prévenir les épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A (déficit congénital en facteur VIII) : <input type="checkbox"/> <b>Avec inhibiteurs</b> anti-facteur VIII <input type="checkbox"/> <b>Sans inhibiteur</b> anti-facteur VIII qui ont <input type="checkbox"/> Une forme <b>sévère</b> (FVIII < 1 %) <input type="checkbox"/> Une forme <b>modérée</b> (FVIII ≥ 1 % et ≤ 5 %) avec un phénotype hémorragique sévère.
<b>Kadcyla®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cancer du sein métastatique (mBC):</b> en monothérapie pour le traitement des patients atteints de cancer du sein HER2+, inopérable, localement avancé ou métastatique et prétraités par le trastuzumab et un taxane. <input type="checkbox"/> <b>Cancer du sein précoce (eBC):</b> en monothérapie pour le traitement adjuvant des patients atteints d'un cancer du sein HER2 positif au stade précoce qui, après une chimiothérapie préopératoire contenant un taxane en combinaison avec au moins le trastuzumab en tant que traitement HER2, présentent une maladie résiduelle dans le sein et/ou les ganglions lymphatiques.
<b>Ocrevus®</b>	<input type="checkbox"/> Chez les patients adultes atteints de <b>formes actives de Sclérose En Plaques Récurrente (SEP-R)</b> . <input type="checkbox"/> Chez les patients adultes atteints de <b>Sclérose En Plaques Primaire Progressive (SEP-PP)</b> .
<b>Phesgo®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cancer du sein précoce en association à une chimiothérapie, dans :</b> <input type="checkbox"/> Le traitement néoadjuvant de patients adultes atteints d'un cancer du sein HER2 positif localement avancé, inflammatoire ou à un stade précoce avec un risque élevé de récurrence. <input type="checkbox"/> Le traitement adjuvant de patients adultes atteints d'un cancer du sein précoce HER2 positif avec un risque élevé de récurrence. <input type="checkbox"/> <b>Cancer du sein métastatique en association au docétaxel,</b> dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique ou localement récidivant non résectable HER2 positif, n'ayant pas reçu au préalable de traitement anti-HER2 ou de chimiothérapie pour leur maladie métastatique.
<b>Polivy®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) non précédemment traité:</b> en association au rituximab, au cyclophosphamide, à la doxorubicine et à la prednisone (R-CHP). <input type="checkbox"/> <b>Lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) en rechute ou réfractaire, non candidats à une greffe de cellules souches hématopoïétiques:</b> en association à la bendamustine et au rituximab.
<b>Tecentriq®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Carcinome urothélial localement avancé ou métastatique:</b> en monothérapie chez les patients adultes après une chimiothérapie antérieure à base de platine ou considérés inéligibles au cisplatine et dont les tumeurs présentent une expression de PD-L1 ≥ 5 %. <input type="checkbox"/> <b>Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC):</b> <input type="checkbox"/> -->en association au bevacizumab, paclitaxel et carboplatine: <input type="checkbox"/> en 1ère re ligne pour un CBNPC non épidermoïde métastatique <input type="checkbox"/> après échec des thérapies ciblées appropriées, pour les CBNPC avec EGFR+ ou ALK+ <input type="checkbox"/> <b>En association au nab-paclitaxel et carboplatine:</b> en 1ère ligne pour les CBNPC non épidermoïde métastatique avec EGFR - ou ALK - <input type="checkbox"/> <b>En monothérapie</b> <input type="checkbox"/> en 1ère ligne , pour un CBNPC métastatique avec PD-L1 ≥ 50 % (TC*) ou ≥ 10 % (IC**) et qui sont EGFR-ALK - pour les CBNPC localement avancés ou métastatiques après une chimiothérapie antérieure. Les patients atteints d'un CBNPC avec EGFR + ALK+ doivent également avoir reçu des thérapies ciblées avant de recevoir Tecentriq <i>*sur les cellules tumorales</i> <i>**sur les cellules immunitaires infiltrant la tumeur</i>
	<input type="checkbox"/> <b>Cancer bronchique à petites cellules de stade étendu:</b> en 1ère ligne, en association au carboplatine et à l'étoposide, chez les patients adultes. <input type="checkbox"/> <b>Carcinome hépatocellulaire avancé ou non résectable:</b> en association au bevacizumab, chez les patients adultes n'ayant pas reçu de traitement systémique antérieur.
<b>Vabysmo®</b>	<input type="checkbox"/> Traitement de la forme néovasculaire (humide) de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLAn). <input type="checkbox"/> Traitement de l'œdème maculaire diabétique (OMD). <input type="checkbox"/> Traitement d'un œdème maculaire secondaire à une occlusion veineuse rétinienne (occlusion d'une branche veineuse rétinienne [OBVR] et occlusion de la veine centrale de la rétine [OVCR])

**J'atteste par la présente que, tout en respectant la réglementation en vigueur, :**

- La prescription du médicament respecte son indication officielle,
- Cette prescription est fondée uniquement sur l'intérêt supérieur du patient,
- Le Programme Moussaadati n'interfère en aucune manière dans mon choix de traitement.

J'autorise par ailleurs Roche à collecter et traiter mes données par l'intermédiaire de Sanlam qui est le sous-traitant de Roche pour la gestion du programme de support des patients Moussaadati et ce conformément à la Loi 09-08 sur la protection des données. Ces données seront utilisées exclusivement dans le cadre du Programme, autorisé par la CNDP sous le numéro A-PO-1522/2024 .

Je suis informé de mes droits d'accès, rectification et opposition que je peux exercer en contactant le service Juridique de Sanlam via l'adresse mail [dpo@sanlam.ma](mailto:dpo@sanlam.ma) et ce conformément à la loi 09-08.

Je comprends aussi que la date de signature de ce document représente la date à laquelle le patient peut bénéficier du Programme Moussaadati.

**Fait à :** .....

**Le :** ..... / ..... / 20.....

**Signature et cachet du médecin traitant :**

## GUIDE PATIENT POUR LE PROGRAMME MOUSSAADATI

### Qu'est-ce que le programme Moussaadati ?

Le programme « Moussaadati » est un programme de soutien destiné aux patients traités par un médicament spécifique, mentionné dans la Fiche de Renseignement Patient, que doit remplir le médecin traitant.

Ce programme intervient lorsque le médicament est partiellement remboursé par une couverture médicale de base ou totalement à la charge du patient quand ce dernier n'est affilié à aucun régime d'assurance maladie.

Le programme vise à réduire les obstacles financiers liés au médicament en prenant en charge les frais restant à la charge du patient en partie ou en totalité.

Il encourage ainsi les patients à poursuivre leur traitement lorsque celui-ci a été prescrit de manière indépendante par leur médecin traitant, conformément à son indication thérapeutique enregistrée au Maroc et dans des conditions optimales.

Le programme Moussaadati est un programme sponsorisé par Roche Maroc et géré par Sanlam Maroc.

### Comment puis-je faire pour bénéficier de Moussaadati ?

Pour bénéficier du programme, vous devez :

1. Vérifier votre éligibilité et récupérer le dossier de documentation auprès de votre médecin traitant.
2. Rassembler tous les documents requis (voir la liste ci-dessous).
3. Soumettre votre dossier complet à SANLAM via les canaux suivants:

a. Envoi par voie postale à l'adresse postale suivante: BUREAU D'ORDRE SANLAM - PROGRAMME ROCHE MOUSSAADATI, 216 Bd Mohammed Zerktouni, Casablanca 20000

b. Dépôt physique à l'adresse suivante: BUREAU D'ORDRE SANLAM, 216 Bd Mohammed Zerktouni, Casablanca 20000 - Mentionner obligatoirement - PROGRAMME ROCHE MOUSSAADATI dans le pli fermé.

### Puis-je bénéficier de ce programme si je ne suis pas affilié à une assurance maladie ?

Oui, le programme est ouvert aux patients avec ou sans couverture médicale.

### Quels documents dois-je fournir pour m'inscrire au programme ?

Quelque soit votre couverture maladie, les documents obligatoires incluent :

- Formulaire de consentement rempli, signé et légalisé par le patient.
- Fiche de renseignement patient complétée et signée par le médecin.
- Bulletin d'adhésion dûment rempli et signé par le patient.
- Déclaration sur l'honneur signée et légalisée par le patient, attestant de l'absence de couverture maladie complémentaire.
- Copie certifiée conforme de la CIN du patient, ou du tuteur légal si le patient est mineur.
- Attestation de RIB au nom du patient, ou du tuteur légal si le patient est mineur.
- Livret de famille pour les patients mineurs.
- Tout autre document demandé par SANLAM.

### Quels documents sont nécessaires selon ma couverture médicale ?

#### I. Je suis affilié à une assurance privée. Quels documents dois-je fournir ?

##### 1. En cas de dossier de remboursement initiale à l'assureur :

- a. Copie de l'ordonnance médicale.
- b. Copie du décompte de l'assureur de base.
- c. Facture prouvant l'achat du médicament

##### 2. En cas de dossier de prise en charge :

- a. Copie de l'ordonnance médicale.
- b. Copie de l'accord de prise en charge.
- c. Reçu du paiement du ticket modérateur

##### NB: En cas de plafond atteint :

- Lettre de refus de remboursement.
- Preuve d'achat du médicament.

## II. Je suis affilié à l'AMO (CNSS, CNOPS, TADAMOUN, ACHAMIL). Quels documents dois-je fournir ?

### 1. En cas de dossier de remboursement initial déposé à l'AMO :

- a. Dossier initial déposé à la CNSS/CNOPS
- b. Copie de l'ordonnance médicale.
- c. Décompte CNSS / CNOPS.
- d. Facture prouvant l'achat du médicament

### 2. En cas de dossier de Prise en Charge :

- a. Copie de l'ordonnance médicale.
- b. Copie de l'accord de prise en charge (PEC) de l'AMO.
- c. Reçu du paiement du ticket modérateur

## Puis-je bénéficier de ce programme si je ne suis pas affilié à une assurance maladie ?

- Attestation de non-immatriculation à l'AMO ou lettre de refus de remboursement exceptionnel délivrée par l'ANAM
- Ordonnance médicale du médecin traitant
- Vignette de prix du médicament
- Notice du médicament
- Facture acquittée de l'achat du médicament.

## Que faire si ma demande de remboursement via la CNSS/CNOPS est rejetée par l'ANAM ?

Vous serez considéré comme non affilié à une assurance maladie (Out Of Pocket) sous réserve de présenter la lettre de rejet fournie par la CNSS/CNOPS.

## Y a-t-il des consignes particulières à respecter ?

Oui, il est essentiel de respecter scrupuleusement la liste des documents selon votre type de couverture pour faciliter votre inscription et vos remboursements dans le cadre du programme Moussaadati.

## دليل المريض لبرنامج "مساعدتي"

### ما هو برنامج "مساعدتي"؟

برنامج "مساعدتي" هو برنامج دعم مخصص للمرضى الذين يتلقون علاجًا بدواء محدد مذكور في استمارة معلومات المريض التي يجب أن يملأها الطبيب المعالج. يتدخل البرنامج عندما يتم تعويض الدواء جزئيًا من خلال تغطية طبية أساسية أو يكون على عاتق المريض بالكامل في حال عدم اشتراكه في أي نظام تأمين صحي. يهدف البرنامج إلى تقليل العوائق المالية المرتبطة بالدواء من خلال تغطية التكاليف التي تبقى على عاتق المريض جزئيًا أو كليًا. يشجع البرنامج المرضى على متابعة علاجهم عندما يتم وصفه بشكل مستقل من قبل طبيبه المعالج، وفقًا للمؤشر العلاجي المسجل في المغرب وفي أفضل الظروف. برنامج "مساعدتي" هو برنامج ترعاه شركة ROCHE MAROC وتديره شركة SANLAM.

### كيف يمكنني الاستفادة من برنامج "مساعدتي"؟

للاستفادة من البرنامج، يجب عليك:

1. التحقق من أهليتك واستلام ملف الوثائق من طبيبك المعالج.
2. جمع جميع الوثائق المطلوبة (راجع القائمة أدناه).
3. تقديم ملفك الكامل إلى شركة SANLAM عبر القنوات التالية:

a. إرسال الملف عبر خدمة أمانة إلى العنوان التالي: BUREAU D'ORDRE SANLAM - PROGRAMME ROCHE MOUSSAADATI, 216 Bd Mohammed ZerKtouni, Casablanca 20000

b. الإيداع الشخصي في العنوان، ذكر بشكل إلزامي: BUREAU D'ORDRE SANLAM, 216 Bd Mohammed ZerKtouni, Casablanca 20000 - PROGRAMME ROCHE MOUSSAADATI dans le pli fermé.

### هل يمكنني الاستفادة من هذا البرنامج إذا لم أكن مشتركًا في تأمين صحي؟

نعم، البرنامج مفتوح للمرضى سواء كانوا مشتركين في تغطية طبية أو غير مشتركين.

### ما هي الوثائق المطلوبة للتسجيل في البرنامج؟

بغض النظر عن تغطيتك الطبية، تشمل الوثائق الإلزامية:

- استمارة الموافقة مستوفاة وموقعة ومصادق عليها من قبل المريض.
- استمارة معلومات المريض مستكملة وموقعة من قبل الطبيب.
- استمارة الانضمام مستوفاة وموقعة من قبل المريض.
- تصريح شرف موقع ومصادق عليه من قبل المريض، يشهد بعدم وجود تغطية طبية تكميلية.
- نسخة مصادق عليها من بطاقة التعريف الوطنية للمريض، أو الوصي القانوني إذا كان المريض قاصرًا.
- شهادة الحساب البنكي (RIB) باسم المريض، أو الوصي القانوني إذا كان المريض قاصرًا.
- دفتر العائلة للمرضى القُصُر.
- أي وثيقة إضافية تطلبها شركة SANLAM.

### الوثائق المطلوبة حسب نوع تغطيتك الطبية:

#### ا. إذا كنت مشتركًا في تأمين صحي خاص:

1. في حالة طلب تعويض أولي:
  - نسخة من الوصفة الطبية.
  - نسخة من بيان التعويض من شركة التأمين.
  - فاتورة تثبت شراء الدواء.

#### 2. في حالة طلب تغطية مباشرة:

- نسخة من الوصفة الطبية.
- نسخة من موافقة التغطية المباشرة.
- إيصال دفع التذكرة المساهمة.

#### 3. في حالة بلوغ الحد الأقصى للتغطية:



- خطاب رفض التعويض.
- إثبات شراء الدواء.

### ii. إذا كنت مشتركاً في AMO :

#### 1. في حالة طلب تعويض أولي من CNSS/CNOPS:

- نسخة من الملف المقدم لـ CNSS/CNOPS.
- نسخة من الوصفة الطبية.
- بيان CNSS/CNOPS.
- فاتورة تثبت شراء الدواء.

#### 2. في حالة طلب تغطية مباشرة:

- نسخة من الوصفة الطبية.
- نسخة من موافقة التغطية المباشرة من AMO.
- إيصال دفع التذكرة المساهمة.

### iii. إذا كنت غير مشترك في أي تأمين صحي:

- شهادة عدم التسجيل في AMO أو خطاب رفض تعويض استثنائي صادر عن ANAM.
- وصفة طبية من الطبيب المعالج.
- ملصق سعر الدواء.
- نشرة معلومات الدواء.
- فاتورة شراء الدواء مدفوعة بالكامل.

### ماذا أفعل إذا تم رفض طلبي للتعويض من CNSS/CNOPS عبر ANAM؟

سُعتبر كغير مشترك في نظام تأمين صحي (Out Of Pocket) بشرط تقديم خطاب الرفض الصادر عن CNSS/CNOPS.

### هل هناك تعليمات خاصة يجب اتباعها؟

نعم، من الضروري الالتزام بدقة بقائمة الوثائق المطلوبة وفقاً لنوع تغطيتك الطبية لتسهيل عملية تسجيلك واستفادتك من التعويضات في إطار برنامج "مساعدتي".

## BULLETIN D'ADHÉSION AU PROGRAMME D'ACCÈS "MOUSSAADATI"

Le programme « Moussaadati » est un programme de soutien destiné aux patients traités par un médicament spécifique, mentionné dans la Fiche de Renseignement Patient. Ce programme intervient lorsque le médicament est partiellement remboursé par une couverture médicale de base ou totalement à la charge du patient quand ce dernier n'est affilié à aucun régime d'assurance maladie. Le programme vise à réduire les obstacles financiers liés au traitement en prenant en charge les frais restant à la charge du patient en partie ou en totalité. Il encourage ainsi les patients à poursuivre leur traitement prescrit de manière indépendante par leur médecin traitant, conformément à son indication thérapeutique enregistrée au Maroc et dans des conditions optimales.

### Identification du patient

Civilité : M. / Mme / Mlle

Nom et Prénom du patient : .....

Nom et Prénom du tuteur légal si applicable: .....

Date de naissance du patient: .....

Adresse du patient : .....

Téléphone du patient : 1- ..... 2 .....

Email du patient : .....

Médecin traitant du patient: .....

### Informations sur la couverture médicale du patient:

Non affilié à une assurance maladie

AMO

CNSS

Achamil

Tadamon

CNOPS

Assurance privée

• Préciser le nom de l'assureur: .....

• Assurance complémentaire :  Oui  Non

• Assurance gros risque :  Oui  Non

• Geste commercial de mon employeur ou assureur :  Oui  Non

Nom et Prénom du patient : .....

Signature et date :

## استمارة الانضمام إلى برنامج الوصول "مساعدتي"

برنامج "مساعدتي" هو برنامج دعم مخصص للمرضى الذين يتلقون علاجًا بدواء محدد، مذكور في استمارة معلومات المريض. يتم تفعيل هذا البرنامج عندما يتم تعويض الدواء جزئيًا من خلال تغطية طبية أساسية أو عندما يكون بالكامل على عاتق المريض في حال عدم اشتراكه في أي نظام تأمين صحي. يهدف البرنامج إلى تقليل العوائق المالية المرتبطة بالعلاج من خلال تغطية التكاليف التي تبقى على عاتق المريض جزئيًا أو كليًا. يشجع البرنامج المرضى على مواصلة علاجهم الذي تم وصفه بشكل مستقل من قبل طبيبيهم المعالج، وفقًا للمؤشر العلاجي المسجل في المغرب وفي أفضل الظروف.

### معلومات المريض

اللقب: السيد / السيدة / الآنسة

اسم المريض الكامل: .....

اسم الولي القانوني (إذا كان ذلك ينطبق): .....

تاريخ ميلاد المريض: .....

عنوان المريض: .....

مدينة المريض: .....

رقم هاتف المريض: 1- ..... 2- .....

البريد الإلكتروني للمريض: .....

اسم طبيب المريض المعالج: .....

### معلومات حول التغطية الطبية للمريض

غير مشترك في أي تأمين صحي

AMO

CNSS

Achamil

Tadamon

CNOPS

تأمين خاص

• (يرجى تحديد اسم شركة التأمين): .....

• تأمين تكميلي: نعم  لا

• تأمين للمخاطر الكبيرة: نعم  لا

• مساهمة تجارية من صاحب العمل أو شركة التأمين: نعم  لا

اسم المريض الكامل: .....

التوقيع والتاريخ

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRÉ AU PROGRAMME “MOUSSAADATI”

Le Programme « Moussaadati » est un Programme de soutien aux patients traités par un médicament spécifique mentionné dans la Fiche de Renseignement Patient. Ce médicament peut être partiellement remboursé par une couverture médicale de base ou totalement à la charge du patient quand ce dernier n'est affilié à aucun régime d'assurance maladie. Le Programme vise à alléger les charges financières en prenant en charge les frais relatifs au médicament restant à la charge du patient en partie ou en totalité. Ce programme permet ainsi aux patients de poursuivre leur traitement, prescrit de manière indépendante par leur médecin, dans le respect de l'indication thérapeutique enregistrée au Maroc et dans des conditions optimales.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir été informé(e) des modalités et objectifs du Programme «Moussaadati»:

### Adhésion et indépendance :

- J'accepte d'adhérer volontairement au Programme, en toute indépendance et sans pression extérieure.
- Je confirme que le médicament m'a été prescrit par mon médecin traitant, de manière indépendante et en tenant compte de mon intérêt thérapeutique.

### Gratuité et gestion :

- Je comprends que le Programme est gratuit, géré par SANLAM et financé par Roche Maroc, sans aucune contrepartie financière de ma part.
- Le Programme a pour objectif de prendre en charge, de manière partielle, les frais liés à l'achat du produit pharmaceutique commercialisé par Roche au Maroc, et acheté sur le territoire marocain, désigné ici comme la "Quote-Part" ou le "Ticket Modérateur".
- Le Programme couvre une partie des frais liés au médicament prescrit, conformément aux limites pré-établies et en fonction de la couverture maladie du patient.

### Éligibilité et limitations :

- Je comprends que la prise en charge concerne exclusivement une partie du prix du médicament, sans inclure d'autres coûts (par exemple : perfusion, effets secondaires).
- Je comprends également que, dans le cadre de ce Programme, si je suis affilié à une assurance maladie de base, la prise en charge concerne uniquement la partie non remboursée par mon assurance. Cette prise en charge est plafonnée à 30 % du prix d'achat du produit si mon assurance est privée, ou à 5 % du prix d'achat du produit si mon assurance est la CNSS, et ce, uniquement après que le remboursement par mon assurance ait été effectué.
- Je comprends qu'en cas d'atteinte du plafond de remboursement défini avec mon assurance privée, le taux de prise en charge sera fixé à 30 %, quel que soit le taux initial appliqué, sous réserve de présentation de la lettre de refus de remboursement de mon assurance ainsi qu'une preuve d'achat du produit.
- Je comprends qu'en cas de rejet de mon dossier de remboursement de la part de l'AMO - CNSS/CNOPS - le taux de remboursement Moussaadati sera fixé à 30% du prix du médicament, sous réserve de présentation de la lettre de rejet de la CNSS/CNOPS ainsi qu'une preuve d'achat du produit.
- Je comprends également que, dans le cadre de ce Programme, si je ne suis affilié à aucun régime d'assurance maladie, qu'il soit privé ou public, la prise en charge correspond à 30 % du prix d'achat du médicament.
- Les médicaments achetés avant mon adhésion ne sont pas couverts par ce programme. Ma date d'adhésion est déterminée par la date à laquelle mon médecin signe la Fiche de Renseignements Patients.
- Quoiqu'il en soit, il est entendu que le montant total des frais pris en charge par mon assurance de base et ceux pris en charge par ROCHE ne pourra excéder 100% des frais engagés pour l'achat du produit concerné.

### Règlementation et confidentialité :

- J'autorise Roche à collecter et traiter mes données personnelles par l'intermédiaire de Sanlam qui est le sous-traitant de Roche pour la gestion du programme de support des patients « Moussaadati ». Ces données seront utilisées exclusivement dans le cadre du Programme Moussaadati, autorisé par la CNDP sous le numéro A-PO-1522/2024.
- Je suis informé(e) que je peux exercer mes droits de rectification et d'opposition en contactant le service Juridique de Sanlam via l'adresse mail [dpo@sanlam.ma](mailto:dpo@sanlam.ma) et ce conformément à la loi 09-08.

- J'ai été informé(e) que Roche Maroc n'entrera en contact direct avec moi à aucun moment dans le cadre de ce Programme.
- J'ai été informé (e) que Roche Maroc n'aura pas accès à mes données personnelles.
- J'autorise SANLAM, si besoin, à contacter mon médecin traitant pour des informations complémentaires nécessaires à la bonne marche du Programme.
- J'accepte également que SANLAM diligente, si nécessaire, des visites médicales par son médecin conseil ou demande des examens médicaux complémentaires, tout en respectant strictement la confidentialité de mes données sensibles.

**Engagements du patient :**

- Je m'engage à fournir des informations exactes et à signaler tout changement de ma situation à SANLAM.
- Je reconnais qu'en cas de fausse déclaration, je pourrais être exclu(e) du Programme et tenu(e) de rembourser les montants indûment perçus.

**Modifications et arrêt du Programme :**

- J'ai été informé(e) que Roche Maroc peut suspendre ou modifier le Programme.
- En cas d'arrêt du Programme, je m'engage à ne faire aucune réclamation, reconnaissant que ce Programme est gratuit.

**Déclarations finales**

Je confirme avoir lu et compris les termes du Programme Moussaadati et avoir reçu des réponses satisfaisantes à mes questions. Je consens à adhérer au Programme et j'atteste que les informations fournies sont exactes.

Fait à : .....

Le : ...../...../20.....

Nom et prénom du patient : .....

CIN : .....

Téléphone: .....

Adresse mail: .....

**Signature légalisée :**

## استمارة موافقة مستنيرة على برنامج "مساعدتي"

برنامج "مساعدتي" هو برنامج لدعم المرضى الذين يتلقون علاجًا بدواء محدد مذكور في استمارة معلومات المريض. قد يكون هذا الدواء مشمولًا جزئيًا بتعويض من تغطية طبية أساسية أو على عاتق المريض بالكامل في حال عدم اشتراكه في أي نظام تأمين صحي. يهدف البرنامج إلى تخفيف الأعباء المالية من خلال تغطية التكاليف المتعلقة بالدواء التي تبقى على عاتق المريض جزئيًا أو كليًا.

يسمح هذا البرنامج للمرضى بمواصلة علاجهم، الموصوف بشكل مستقل من قبل طبيبهم، وفقًا للمؤشرات العلاجية المسجلة في المغرب وفي ظروف مثالية. بتوقيع على هذا النموذج، أقر بأنني قد تم إعلامي بالشروط والأهداف الخاصة ببرنامج "مساعدتي".

### العضوية والاستقلالية

- أوافق على الانضمام إلى البرنامج بشكل طوعي، بكل استقلالية ودون أي ضغوط خارجية.
- أؤكد أن الدواء قد تم وصفه لي من قبل طبيبي المعالج بشكل مستقل مع مراعاة مصلحتي العلاجية.

### المجانبة والإدارة

- أفهم أن البرنامج مجاني، تديره شركة SANLAM وممول من قبل شركة Roche Maroc، دون أي مقابل مالي من جانبي.
- يهدف البرنامج إلى تغطية جزء من التكاليف المتعلقة بشراء المنتج الصيدلاني الذي تسوقه شركة Roche في المغرب وتم شراؤه داخل التراب المغربي، ويشار إليه هنا باسم "الحصة الجزئية" أو "الجزء المتبقي على عاتق المريض".
- يغطي البرنامج جزءًا من التكاليف المتعلقة بالدواء الموصوف، وفقًا للحدود المحددة مسبقًا وبناءً على تغطية التأمين الصحي للمريض.

### الأهلية والقيود

- أفهم أن التغطية تقتصر فقط على جزء من سعر الدواء، ولا تشمل تكاليف أخرى (على سبيل المثال: الحقن، الآثار الجانبية).
- كما أفهم أنه في إطار هذا البرنامج، إذا كنت مشتركًا في تأمين صحي أساسي، فإن التغطية تقتصر على الجزء غير المسترد من قبل التأمين. يتم تحديد سقف التغطية بنسبة 30% من سعر شراء المنتج إذا كان التأمين خاصًا، أو بنسبة 5% إذا كان التأمين تابعًا لـ CNSS، وذلك فقط بعد استرداد التأمين الخاص بي.
- أفهم أنه في حال بلوغ سقف التعويض المحدد مع تأميني الخاص، سيتم تثبيت نسبة التغطية عند 30% بغض النظر عن النسبة الأولية المطبقة، بشرط تقديم خطاب رفض من التأمين الخاص بي بالإضافة إلى إثبات شراء المنتج.
- كما أفهم أنه في حالة رفض ملف التعويض الخاص بي من قبل AMO - CNSS/CNOPS، سيتم تحديد نسبة تعويض Moussaadati بـ 30% من سعر الدواء، بشرط تقديم خطاب الرفض وإثبات شراء المنتج.
- كما أفهم أنه إذا لم أكن مشتركًا في أي نظام تأمين صحي، سواء كان خاصًا أو عامًا، فإن التغطية تكون بنسبة 30% من سعر شراء الدواء.
- الأدوية التي تم شراؤها قبل الانضمام إلى البرنامج ليست مشمولة بالتغطية. يتم تحديد تاريخ انضمامي بناءً على التاريخ الذي يوقع فيه طبيبي على استمارة معلومات المريض.
- على أي حال، يفهم أن المبلغ الإجمالي للتكاليف المغطاة من قبل تأميني الأساسي وتلك المغطاة من قبل شركة Roche لن يتجاوز 100% من التكاليف المدفوعة لشراء المنتج المعني.

### التشريعات والخصوصية

- أوافق شركة Roche بجمع ومعالجة بياناتي الشخصية من خلال شركة SANLAM، التي تعتبر متعهدًا من طرف Roche لإدارة برنامج دعم المرضى "مساعدتي". سيتم استخدام هذه البيانات حصريًا في إطار برنامج "مساعدتي"، المرخص من قبل CNDP تحت الرقم A-PO-1522/2024.
- أعلم أن بإمكانني ممارسة حقني في التصحيح والمعارضة من خلال التواصل مع القسم القانوني لشركة SANLAM عبر البريد الإلكتروني [dpo@sanlam.ma](mailto:dpo@sanlam.ma)، وذلك وفقًا للقانون 08-09.
- تم إعلامي بأن شركة Roche Maroc لن تتواصل معي بشكل مباشر في أي وقت ضمن إطار هذا البرنامج.
- كما تم إعلامي بأن شركة Roche Maroc لن تتمكن من الوصول إلى بياناتي الشخصية.
- أوافق شركة SANLAM، عند الضرورة، بالتواصل مع طبيبي المعالج للحصول على معلومات إضافية ضرورية لضمان سير البرنامج بشكل صحيح.
- أوافق أيضًا على أن تقوم شركة SANLAM، إذا لزم الأمر، بإجراء زيارات طبية عبر طبيبها الاستشاريين أو طلب فحوصات طبية إضافية، مع الالتزام الصارم بسرية بياناتي الحساسة.

### التزامات المريض

- أتعهد بتقديم معلومات دقيقة والإبلاغ عن أي تغيير في وضعي إلى شركة SANLAM.
- أقر بأنه في حالة تقديم تصريح كاذب، قد أستبعد من البرنامج وأطالب برد المبالغ التي تم الحصول عليها بشكل غير مستحق.

## تعديلات وإيقاف البرنامج

- تم إعلامي بأن شركة Roche Maroc قد تقوم بتعليق أو تعديل البرنامج.
- في حالة إيقاف البرنامج، أتعهد بعدم تقديم أي مطالبات، مع الإقرار بأن هذا البرنامج مجاني.

## الإقرارات النهائية

- أؤكد أنني قد قرأت وفهمت شروط برنامج "مساعدتي"، وقد حصلت على إجابات مرضية لأسئلتني. أوافق على الانضمام إلى البرنامج وأقر بأن المعلومات التي قدمتها صحيحة.

حرر في: ..... بتاريخ: 20...../.../...

الاسم الشخصي والعائلي للمريض / المريضة: .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية: .....

التوقيع المصدق عليه:

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M(Me) ..... titulaire de la carte CIN numéro .....  
déclare sur l'honneur la justesse des informations suivantes :

- Je bénéficie d'une assurance complémentaire : oui  Non

Si oui, à quel pourcentage:

- Je bénéficie d'une assurance gros risque: oui  Non

Si oui, à quel pourcentage:

- Je bénéficie d'un geste commercial de la part de mon employeur ou de mon assureur: oui  Non

Si oui, à quel pourcentage:

- Je ne suis affilié à aucun régime d'assurance maladie de base: Oui  Non

Et je déclare que j'informerai SANLAM en cas de changement de ma situation actuelle.

Je suis pleinement conscient(e) que cette déclaration pourra être utilisée dans le cadre d'une procédure judiciaire. Toute fausse déclaration de ma part pourrait entraîner une radiation du programme Moussaadati, des sanctions prévues par la loi, ainsi que l'obligation de rembourser les sommes précédemment perçues.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A .....

Le ..... / ..... / .....

Signature légalisée



## تصريح شرفي

أنا الموقع أدناه، السيد / السيدة ..... حامل بطاقة التعريف الوطنية رقم .....

أصرح على شرفي بصحة المعلومات التالية

- هل أستفيد من تأمين صحي تكميلي: نعم  لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما النسبة المئوية: .....
- هل أستفيد من تأمين صحي للمخاطر الكبرى: نعم  لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما النسبة المئوية: .....
- هل أستفيد من خصم تجاري من طرف صاحب العمل أو شركة التأمين: نعم  لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما النسبة المئوية: .....
- هل أنا غير مشترك في أي نظام تأمين صحي أساسي: نعم  لا

وأصرح أيضًا أنني سأقوم بإبلاغ شركة سانلام في حالة حدوث أي تغيير في وضعي الحالي.

أنا أدرك تمامًا أن هذا التصريح قد يُستخدم في إطار إجراءات قانونية، وأي تصريح كاذب من جانبي قد يؤدي إلى استبعادي من برنامج "مساعدي"، وفرض العقوبات المنصوص عليها في القانون، بالإضافة إلى ضرورة إعادة المبالغ التي تم الحصول عليها بصورة غير قانونية.

تم هذا التصريح ليكون ساري المفعول ونافذًا وفقًا للقانون.

في: .....؛ بتاريخ: ...../...../.....

التوقيع مصادق عليه

# PROGRAMME DE COPAIEMENT



**Pour plus d'information  
veuillez nous contacter**

📞 08 02 03 30 25  
05 22 42 06 11  
05 22 46 02 11

📍 Sanlam Maroc | 216, Bd Zerktouni | CP : 20000 |  
Casablanca, Maroc

🕒 **Du Lundi à Jeudi** : de 8h30 à 18h  
**Vendredi**: de 8h30 à 17h



Maussanadati



