

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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9715 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASBAN Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : Casablanca le 25 Nov. 2022 Le : /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

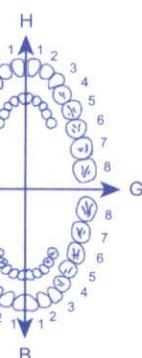
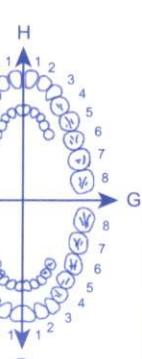
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

iques :

ar personne.

la personne malade doivent
ent par les praticiens eux-
e transmise.

doit être transmis dans les
otre contrat.

gements spéciaux doivent
ement ainsi que le coefficient
ail des honoraires.

et les notes de frais d'analyses
iaux doivent toujours être
nances du médecin traitant
s des résultats (des analyses
iques).

(Prix Public de Vente) relatifs
t être joints aux ordonnances
er les dates de péremption.

aux enfants âgés de plus de
produire annuellement un
correspondant à l'année
.

t ne bénéficie d'aucun régime
e le préciser sur le bulletin
s pièces justificatives. Si cela
contrat, vous devez nous
ièces justificatives nécessaires.

es : Nous fournir une facture
u de l'hôpital précisant :

- a. Les honoraires du chirurgien et les coefficients des actes « K » correspondant à l'intervention.
- b. La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- c. Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.

10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du(des) nouveau(x) né(s).

11. Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de travail) : merci de préciser les causes et circonstances en mentionnant la date, l'heure et le lieu.

12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés.

13. Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son diagnostic.

15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.

16. Réclamations : Toute réclamation doit nous être formulée au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie



AN38262



À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

0399

À remplir par l'assuré

Nom : JNAINY Prénom : Mayda

N° de C.I.N : 71944113

Date de naissance :

Montant des frais exposés : 71944113 DH

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 : Woo, le 07/11/2022

Signature de l'assuré(e)

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'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

04/20
Réf. : G00 1011
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.

L'assureur s'assure 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 Service gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

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

«conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :
Date de naissance :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
Fait à : le
Hôpital Universitaire International du Maroc
Dr EL OUKKAL ZAKARYA
101223096

tail des soins (à remplir par le Médecin)

cution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographies

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

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

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet N° d'autorisation
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 92399265
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 2638262
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 21/10/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 17/11/2022
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 17/11/2022
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
ANALYSES B	492,00	492,00	0	80,00	0,00	393,60
PHARM.EXTRA USUELLE	52,13	52,13	0	80,00	0,00	41,70
E C G	100,00	100,00	0	80,00	0,00	80,00
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	80,00	0,00	240,00
	944,13	944,13			0,00	755,30

Observations :

Informations :



Identifiant du patient : 211217114101T.

Date de naissance : 21/07/1974

Sexe : F

Date de l'examen : 21/10/2022

Prélevé le : 21/10/2022 à 11:28

Édité le : 21/10/2022 à 12:21

JNAINY MAJIDA

Dossier N° : 22100972

Docteur DR. BERTUL AZIZ



BIOCHIMIE SANGUINE

URÉE	:	0.30	g/L	0.17 - 0.49	0.37 g/L (17/12/2021)
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Abbott)					

CRÉATININE SANGUINE	:	8.4	mg/L	5.1 - 9.5	6.9 mg/L (17/12/2021)
(Sang, enzymologie, Abbott)					

IONOGRAMME

SODIUM (Na ⁺)	:	139	mmol/L	136 - 145	141 mmol/L (17/12/2021)
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)					
POTASSIUM (K ⁺)	:	4.4	mmol/L	3.5 - 5.1	4.2 mmol/L (23/12/2021)
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)					
CHLORURES (Cl ⁻)	:	107	mmol/L	98 - 107	102 mmol/L (17/12/2021)
(Sang, potentiométrie, ISE indirect, Architect)					
PROTEINES TOTALES	:	67	g/L	64 - 83	73 g/L (17/12/2021)
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Biuret, Architect)					

PROTEINES TOTALES(g/L)

CALCIUM	:	99.3	mg/L	86 - 100
(Sang, spectrophotométrie d'absorption, Architect)				

TROPONINE I	:	<0.001	ng/ml	< 0.03
(Sang, technique immunoenzymatique)				

Le 21/10/2022 à 12:21
Signature

Dr. OUSTI Fadwa

Dr. Fadwa OUSTI
Médecin Biologiste
Laboratoire National de Référence



21/10/2022 11:01:18

ni --- (--) Indéfini
0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

FC: 64 bpm
PR: 156 ms
QRS: 84 ms
QT/QTcH: 420/427 ms
QTcB: 434 ms
QTcF: 429 ms

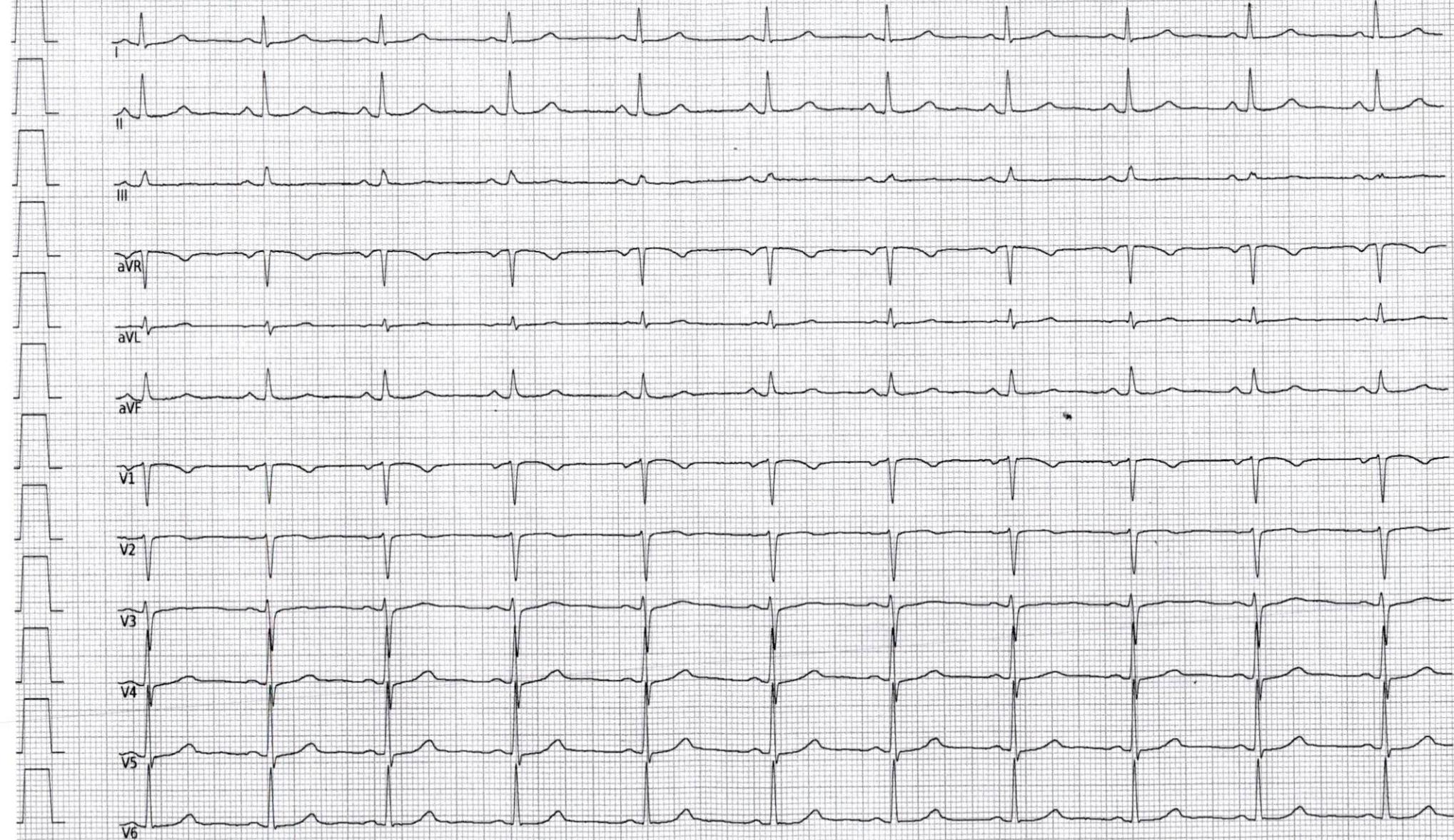
Rvs-a/Svt : 1.57/0.86 mV
Sok-Lyon : 2.43 mV
Axe: 57/46/44 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ



2200217974 / 211217114101T.
Prénom : MAJIDA
Nom : JNAINY
DDN : 21/07/1974 E: 21/10/2022
Service : URGENCE (SO)

PAYANT
Sexe: F





211217114101T.

Mme JNAINY MAJIDA

Admission du : vendredi 21 octobre 2022

Ordonnance

(21/10/2022,21/10/2022) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
21/10/2022	Consultation exclusive d'urgentiste	1	DR LAFHAL RA
21/10/2022	Electrocardiogramme (ECG) 12 derivations	1	DR LAFHAL RA

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr EL OUKKAL ZAKARYA
Médecin Urgentiste
101223006



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200217974

F A C T U R E

N° 24 273 / 2022 du 21/10/2022

Nom patient : JNAINY MAJIDA

Entrée 21/10/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Electrocardiogramme (ECG) à 12 derivatio	1.00		100.00	100.00
Troponine I ultrasensible	1.00		300.00	300.00
Uree	1.00		36.00	36.00
Creatinine sanguine	1.00		36.00	36.00
Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1.00		120.00	120.00
			Sous-Total	892.00
<i>PHARMACIE</i>		1.00	52.13	52.13
			Sous-Total	52.13
Total Frais Clinique				944.13

Arrêtée la présente facture à la somme de :

NEUF CENT QUARANTE-QUATRE DIRHAMS TREIZE CENTIMES

Total 944.13

Encaissements	Espèces	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	52.13	892.00	944.13	0.00

[Handwritten signature]
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
Service [unclear]



Date : 21/11/12

N° : 0030264

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP : _____

N° d'admission : _____ Montant : 52,13

Patient : JNAINY MAJIDA



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 www.hm6.ma

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200217974

PRE-FACTURE

N° 24 273 / 2022 du 21/10/2022

Nom patient : **JNAINY MAJIDA**

Entrée 21/10/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/10/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Electrocardiogramme (ECG) à 12 derivatio	1.00		100.00	100.00
Troponine I ultrasensible	1.00		300.00	300.00
Uree	1.00		36.00	36.00
Creatinine sanguine	1.00		36.00	36.00
Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1.00		120.00	120.00
			Sous-Total	892.00
Total Frais Clinique				892.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
HUIT CENT QUATRE-VINGT-DOUZE DIRHAMS

	Total	892.00

					Total encaissé	Solde
Encaissements				.		892.00

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 22102111192004500 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200217974	JNAINY MAJIDA	21/10/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	5272	892.00
PAYANT	Total payé	892.00

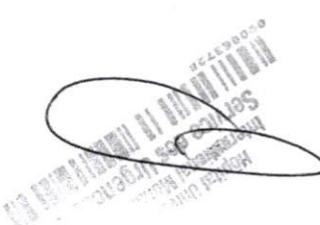
HUIT CENT QUATRE-VINGT-MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

ACHAT

21/10/22 11:19:32
 9900240863 92408601
HM6 URGENCE
 Bouskoura
 A0000000031010
 ****6937 VISA
 CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44
MONTANT : 892,00 MAD
 Num Transaction : 001
 Num Autorisation : 888643
 STAN : 005272

TICKET CLIENT

Reçu établi par : T.HICHAM





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



211217114101T.

Mme JNAINY MAJIDA

Admission du : vendredi 21 octobre 2022

Ordonnance

(21/10/2022,21/10/2022) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
21/10/2022	Troponine I ultrasensible	1	DR LAFHAL RA
21/10/2022	Uree	1	DR LAFHAL RA
21/10/2022	Creatinine sanguine	1	DR LAFHAL RA
21/10/2022	Ionogramme (NA K CL RA PT CA)	1	DR LAFHAL RA

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Dr EL OUKKAL ZAKARYA
Médecin Urgences
10/12/2006



DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

21/10/2022
12:31

Nom Patient :	JNAINY MAJIDA	Numéro dossier :	2200217974	
Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.
21/10/2022	PEROVASC 5 MG COMPRIMÉ S 5MG COMPRIM (30)	0	1,00	26.90
21/10/2022	AIGUILLE DÈ PRELEVEMENT 22G25MM	0	1,00	1.56
21/10/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17
21/10/2022	BANDELETTE ET LANCETTE CONTOUR PLUS	0	1,00	3.77
21/10/2022	NICARDIPINE AGUETTANT 10 10MG INJECTA (1)	0	1,00	9.61
21/10/2022	INTRANULE G 20	0	1,00	2.37
21/10/2022	SPARADRAP TEGADERM IV 6CMX7CM	0	1,00	3.58
21/10/2022	SERINGUE 10ML	0	1,00	1.56
21/10/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	0	1,00	1.17
21/10/2022	TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP	0	1,00	0.44
Total pharmacie				52.13

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Urgences

0600000000