

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 données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-796031

157776

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0745 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJJAR Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Complet 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 :

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 : Le : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| RELEVÉ 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 |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

| | | | |
|-------------------|---------------------------|-----------------------|--------------|
| Société | : VARUN BEVERAGES MOROCCO | N° de sinistre | : 23565866 |
| Contrat n° | : 010 200263 / 00 | N° dossier | : 5865584 |
| N° d'affiliation | : 399 | Reff dossier | : AT65584 |
| Matricule Société | : 0 | Date de survenance | : 13/02/2023 |
| CIN | : BE594123 | Date de traitement | : 28/03/2023 |
| Assuré | : JNAINY MAJIDA | Date de remboursement | : 28/03/2023 |
| Bénéficiaire | : JNAINY MAJIDA | Code agence | : 0- |

| Nature des prestations | Dépense réelles en dhs | Base de remboursement | Cof (nbre) | Taux en % | Remboursement autre Cie | Remboursement AXA |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|--------------|----------------------------|----------------------|
| K SPECIALISTE | 400,00 | 400,00 | 0 | 80.00 | 0,00 | 320,00 |
| CONSULT° SPECIALISTE | 300,00 | 300,00 | 0 | 80.00 | 0,00 | 240,00 |
| R RADIOLOGIE R-Z | 600,00 | 600,00 | 0 | 80.00 | 0,00 | 480,00 |
| | 1 300,00 | 1 300,00 | | | 0,00 | 1 040,00 |

Observations :

Informations :

ques :

ir personne.

a personne malade doivent
ent par les praticiens eux-
transmise.

loit être transmis dans les
otre contrat.

aitements spéciaux doivent
ment ainsi que le coefficient
ail des honoraires.

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

Prix Public de Vente) relatifs
être joints aux ordonnances
r les dates de péremption.

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

ne bénéficie d'aucun régime
le préciser sur le bulletin
pièces justificatives. Si cela
contrat, vous devez nous
èces justificatives nécessaires.

is : Nous fournir une facture
de l'hôpital précisant :

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



AT65584

À remplir par la société contractante

Número de police / catégorie _____
Número du bordereau _____
Número du sinistre _____
Matricule de l'assuré _____
Número d'affiliation à AXA Assurance Maroc _____

Service Information
Tél: 0529 05 29 30 30
Fax: 0529 05 29 30 30
21 Bouskoura 27182 BP 408 - Casa
VARUN BEVERAGES MOROCCO

À remplir par l'assuré

Nom : _____ Prénom : _____
N° de C.I.N : _____ Date de naissance : _____
Montant des frais exposés : _____ 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 : _____ le _____

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.

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 »

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :
 Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : *SAOS + unipol*
 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 |
|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | N° ICE | N° INP | |
| 13/02/23 | CS | | 300 DH. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | N° ICE | N° INP | |

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 |
|----------------------|-----------------------|--|
| | | |
| | 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 |
|----------------------|--------------------------------|------------------------|---|
| 13/02/2023 | Audiométrie et Impédancemétrie | 600 DA | Dr Tahiri Ilia Professeur Assistant ORL et chirurgie cervico-faciale Université Internationale d'Alexandrie Tél : 091184325 |
| | N° ICE | | N° INP |
| 20/02/2023 | VNS | 400 DA | Dr Tahiri Ilia Professeur Assistant ORL et chirurgie cervico-faciale Université Internationale d'Alexandrie Tél : 091184325 |
| | 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 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 AXA Assurance Maroc

| | |
|-----------------|---------------|
| Médecin conseil | Fiche dossier |
|-----------------|---------------|



Sans Opérateur



2300232344 / 211217114101T.

Prénom : MAJIDA

Nom : JNAINY

DDN : 21/07/1974 E: 13/02/2023

Service : EXPLORATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: F

MAJIDA JNAINY

Identité

211217114101

Date de Naissance

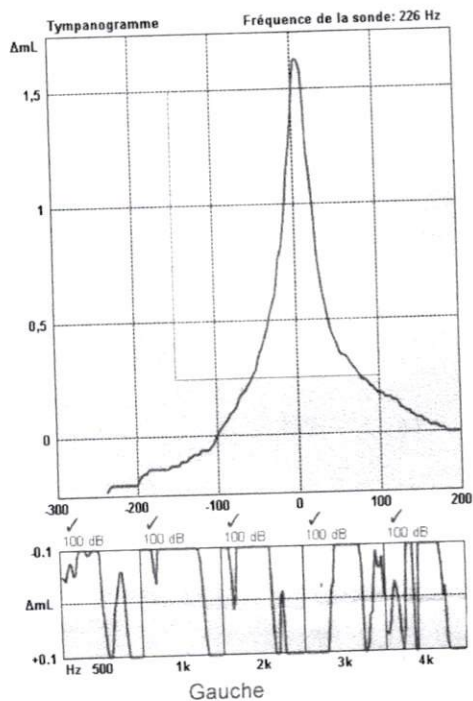
21/07/1974

Age

48

Société

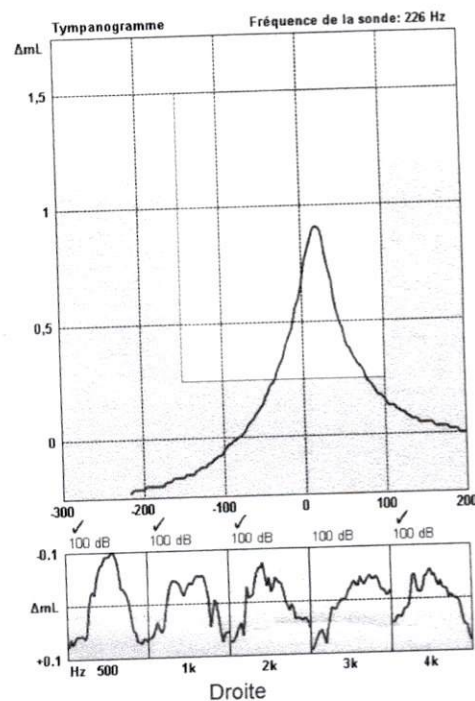
13/02/2023



| | |
|--------------------------|---------|
| Pression oreille moyenne | 5 daPa |
| Largeur | 44 daPa |
| Volume oreille interne | 1,48 ml |
| Compliance | 1,64 ml |

Ipsi

Contra



| | |
|--------------------------|---------|
| Pression oreille moyenne | 17 daPa |
| Largeur | 65 daPa |
| Volume oreille interne | 1,39 ml |
| Compliance | 0,92 ml |

Ipsi

Contra

Notes:

Signature: Fajia Anoussi

Signature: [illegible]

0911843125

0911843125

**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI**
Tél: +212 5 29 09 11 11/ +212 5 29 09 22 22

RAPPORT D'AUDIOMÉTRIE

Nom: JNAINY, MAJIDA



2300232344 / 211217114101T.

Prénom: MAJIDA

Nom: JNAINY

DDN: 21/07/1974 E: 13/02/2023

Service: EXPLORATION ADULTE (SO)

PAYANT
Sexe: F

SIBELMED W50

Date studio:

13/02/2023

Référence:

2112171141

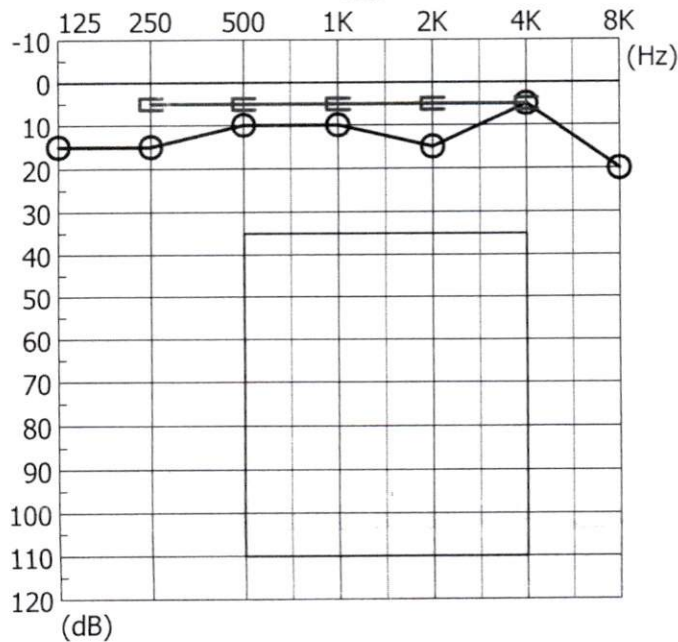
Technicien

RABAB KADOUM

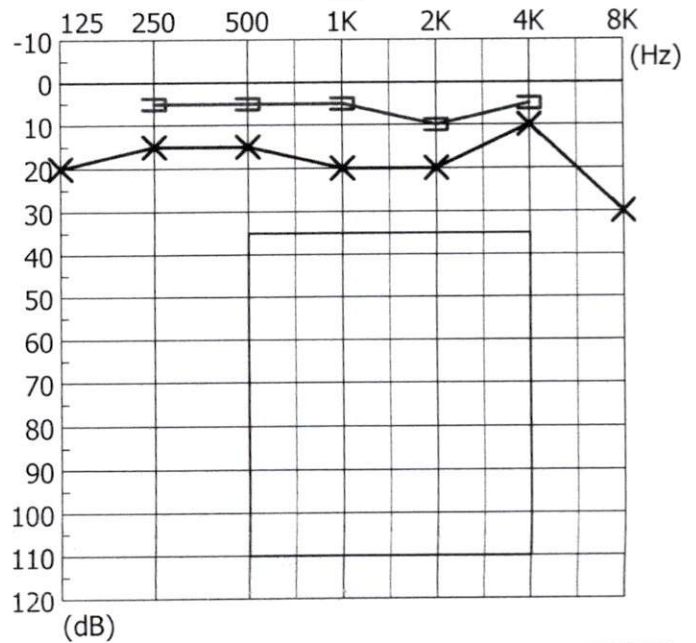
Sujet:

Provenance:

O.D.



O.G.



DIAGNOSTIC SELON INDEX KLOCKHOFF

Oreille droite Normal

Oreille gauche Normal

Observations:

TEST SISI

| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 4000 |
|--------|-----|------|------|------|
| O.D. % | --- | --- | --- | --- |
| O.G. % | --- | --- | --- | --- |

TEST DE LÜSCHER

| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|---------|-----|------|------|------|------|
| O.D. dB | --- | --- | --- | --- | --- |
| O.G. dB | --- | --- | --- | --- | --- |

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

18/02/23

Prochaine = suite / Type
grosse = poche
C Audio pro m
Type = le ceme fi

2300232344

F A C T U R E

N° 6 190 / 2023 du 13/02/2023

Nom patient : JNAINY MAJIDA

Entrée 13/02/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/02/2023

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| Audiometrie et impedancemetrie | 1.00 | K | 600.00 | 600.00 |
| | | | Sous-Total | 600.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 600.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total 600.00

| | | | | | |
|---------------|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
| | | 600.00 | | 600.00 | 0.00 |





Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2302201624540540 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2300233337 | JNAINY MAJIDA | 20/02/2023 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|----------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 1748 | 400.00 |
| PAYANT | Total payé | 400.00 |
| QUATRE CENTS DIRHAMS | | |

Reçu établi par : B.KARIMA

20/02/23 16:25:48
9900240889
92408801
HM6 EXPLORATION AD
Bouskoura

A0000000031010
APP : VISA
JNAINY MAJIDA
xxxxxxxxxxxx3131
12/23 CARTE NATIONALE
F86D32985756DEBF
221-0-9999-1-44

MONTANT: 400,00 MAD
NUM TRANSACTION : 012
NUM AUTORISATION: 782420
STAN : 001748

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

2300233337

F A C T U R EN° **7 224 / 2023** du **20/02/2023**Nom patient : **JNAINY MAJIDA**Entrée **20/02/2023**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **20/02/2023**

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| Videonystagmoscopie (VNS) | 1.00 | K | 400.00 | 400.00 |
| | | | Sous-Total | 400.00 |
| Total Frais Clinique | | | | 400.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400.00

| | | | | | |
|---------------|--|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | | Carte Bq | | Total encaissé | Solde |
| | | 400.00 | | 400.00 | 0.00 |



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 20 / 02 / 23

Compte rendu de

vidéo-mystagmo-scopie

IC : vertiges récurrents

- Pas de mystagmes spontané
- Absence de mystagmes déclenchés par les manœuvres positiennes.

- Heat-shaking test.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant TAHIRI Ilias
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
091184325

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 13/02/23

Mme JNA

MAKDA

VNS

Veliges récents positionnés

Hôpital International Mohammed VI
Professeur Assistant TOUJIL HAS
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
091184325