

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-796031

157736

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9715	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAJBAR Dohaoud
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : <u>Complexe</u> Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 :** jeza **Le :** 10/10/2023  
**Signature de l'adhérent(e) :** B. ACHOUR



## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important :**

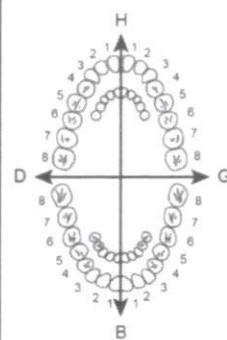
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



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 :

à personne.

a personne malade doivent être transmises par les praticiens eux-mêmes.

soit être transmis dans le cadre du contrat.

gements spéciaux doivent également ainsi que le coefficient d'ajustement des honoraires.

et les notes de frais d'analyses médicaux doivent toujours être remises au médecin traitant ; des résultats (des analyses médicales).

(Prix Public de Vente) relatifs doivent être joints aux ordonnances et les dates de péremption.

aux enfants âgés de plus de 18 ans doivent produire annuellement un certificat correspondant à l'année

ne bénéficiaire d'aucun régime doit préciser sur le bulletin de versement les pièces justificatives. Si cela concerne un contrat, vous devez nous fournir les pièces justificatives nécessaires.

Vous : Nous fournir une facture 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



AT65584

Service à la clientèle  
Téléphone : 05 29 99 / 05 29 99 - Casablanca  
Bouskoura 2712 BP 408 - Casablanca  
VARUN BEVERAGES MOROCCO

### 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

### À remplir par l'assuré

Nom : JNASY Prénom : Mejide

N°de C.I.N : Date de naissance :

Montant des frais exposés : 1300,00 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 : Casablanca, le 09/03/2023

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 :

Nom du père :

Lien de parenté avec l'assuré(e)

Date de naissance : .....

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : ..... le

**Détail des soins (à remplir par le Médecin)**

#### **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

AX  
Tél  
En  
SA

## **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 du particien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE [REDACTED]				N° INP [REDACTED]	
	N° ICE [REDACTED]				N° INP [REDACTED]	
	N° ICE [REDACTED]				N° INP [REDACTED]	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

## Fiche dossier



## Sans Opérateur



2300232344 / 211217114101T

Prénom : MAJIDA

Nom : JNAINY

NAME : JNAINY  
DOD : 21/07/1974 E: 13/02/2023

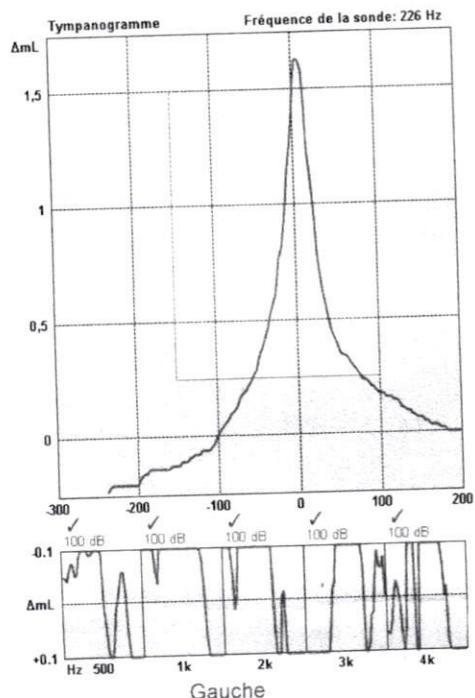
Service : EXPLORATION ADULTE (SO)

RAYANT

PAYANT

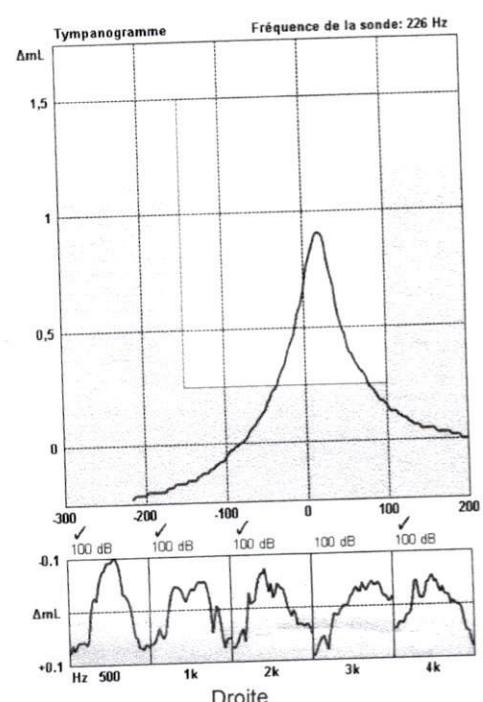
Sexe: F

13/02/2023



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

Ipsi

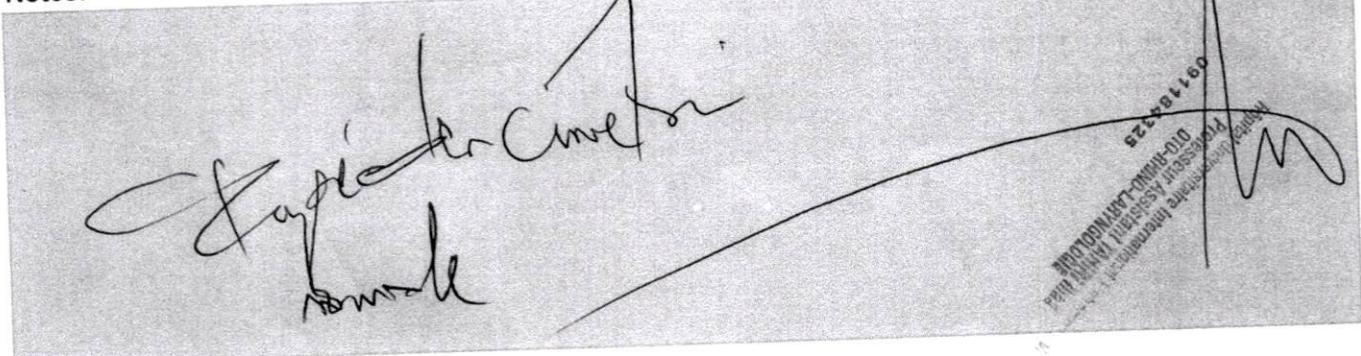


Pression oreille moyenne	17 daPa
Largeur	65 daPa
Volume oreille interne	1,39 ml
Compliance	0,92 ml

Ipsi

Contra

#### **Notes:**



**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

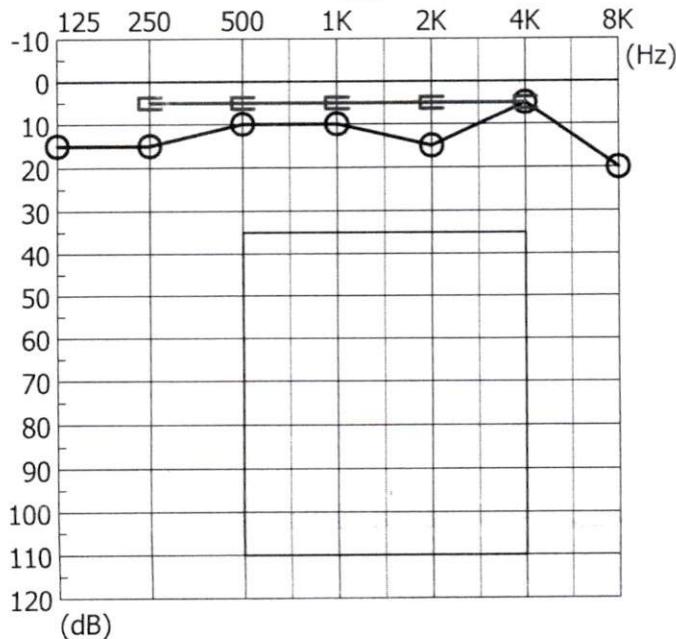
Service : EXPLORATION ADULTE (SO)



PAYANT

Sexe: F

O.D.



**SIBELMED W50**

Date studio: 13/02/2023

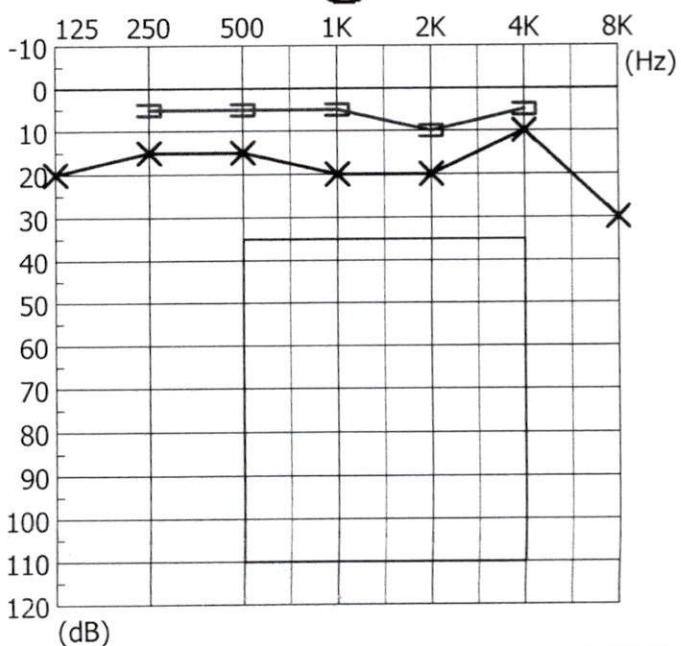
Référence: 2112171141

Technicien RABAB KADOUM

Sujet:

Provenance:

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	---	---	---	---	---

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur Hassan Tahrir  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Assitant Hassan Tahrir  
S91184329



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## **ORDONNANCE**

Bouskoura, le : 13/02/23

Hypodermic =  $\frac{\text{dose}}{\text{volume}}$  / Typer  
square = square

C Audiogram

~~Epidermefit~~

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](http://www.hm6.ma)

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

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 Sous-Total	600.00 600.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>600.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

**Total 600.00**

		Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements		600.00	600.00	0.00



A handwritten signature is written over a rectangular stamp. The stamp contains the text "Hôpital Universitaire International Mohammed VI" and "Facture".

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 2302201624540540 / 1 / 0

16:25:48

 20/02/23  
 9900240889  
 92408801  
 HM6 EXPLORATION AD  
 Bouskoura

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

 A0000000031010  
 APP : VISA  
 JNAINY MAJIDA  
 xxxxxxxxx3131  
 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


# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300233337

## F A C T U R E

N° 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
PRESTATIONS INTERNES				
Videonystagmoscopie (VNS)	1.00	K	400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>400.00</b>

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

Cas de rendu de la

vocalo-myéofonie scopique

IC : voix râveuse

- Pas de myéofonie spontanée

- Absence de myéofonie évoquée chez  
pour les manœuvres posturales

- Heart-shaking test.

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](http://www.hm6.ma)

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assistant TANRI Nias  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
091184325

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 13/02/23

Ymes JNA

MAJADA

VNS

Véhiges récents positifs

091184325  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur Abdellatif TAHIRI  
010-HNO-LARYNGOLOGY