

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° W21-802327

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1030

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.66.06.00

Total des frais engagés : Complet

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ 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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

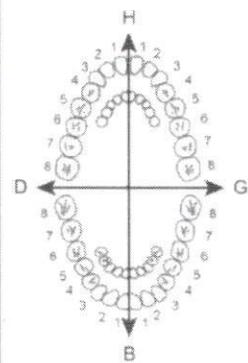
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

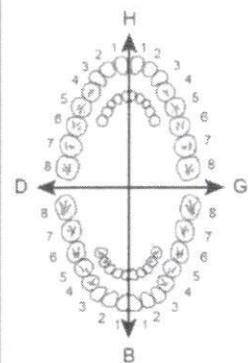
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société	: SERMP	N° de sinistre	: 23710121
Contrat n°	: 010 200230 / 00	N° dossier	: 5462546
N° d'affiliation	: 3005	Reff dossier	: null
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 29/04/2023
CIN	: null	Date de traitement	: 09/05/2023
Assuré	: HANNOUNE MOHAMMED	Date de remboursement	: 09/05/2023
Bénéficiaire	: HANNOUNE ALI	Médecin	: null null

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULTATION GENERAL	200,00	200,00	0	80,00	0,00	160,00
MEDICAMENTS	442,40	223,90	0	80,00	0,00	179,12
	642,40	423,90			0,00	339,12

Observations : nr/apixol + pediakid

Informations :

mandation, pratiques :
une déclaration par personne.

ns et prénoms de la personne malade doivent être obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce transmise.
sier « Maladie » doit être transmis dans les contractuels de votre contrat.

lordonnances pour traitements spéciaux doivent déclarer la nature du traitement ainsi que le coefficient correspondant et le détail des honoraires.

ures de pharmacie et les notes de frais d'analyses de traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin traitant ou des photocopies des résultats (des analyses examens radiologiques).

spectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs aux médicaments doivent être joints aux ordonnances en veillant à contrôler les dates de péremption.

roger la garantie aux enfants âgés de plus de 14 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

Joint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime de voyance, merci de le préciser sur le bulletin d'assurance et joindre les pièces justificatives. Si cela se passe en cours de contrat, vous devez nous communiquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

ntions chirurgicales : Nous fournir une facture détaillée de la clinique ou 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



AR62546

Cachet de l'entreprise

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 : HANNOUANE MOHAMMED Prénom : MOHAMMED

N° de C.I.N : BHN0125

Date de naissance : 16/06/1972

Montant des frais exposés : 642,4 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 : Casab, le 02/05/23

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 »

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

Fait à :

Co 80, le 29/10/2023

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
29/10/2023	C	C	0910 38398 2000 HT	
				N° ICE _____ N° INP _____
				N° ICE _____ N° INP _____
				N° ICE _____ N° INP _____
				N° ICE _____ N° INP _____
				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
29/10/23	442,40	
092058908		
N° ICE _____	N° INP _____	
N° ICE _____	N° INP _____	
N° ICE _____	N° INP _____	
N° ICE _____	N° INP _____	

Exemplaire à conserver par l'assuré

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

X

N° ICE _____ N° INP _____

Médecin conseil

Fiche dossier

Docteur Amal BOUSSOFT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Nutrition Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوصفت
الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)
التنفيذية - المحبة (ريجيم)
طب النساء

Casablanca, le 24/04/2023 : الدار البيضاء، في

elf Ali

127.60

-jodoc

26.28 a

79.50 A jodoc
Après 28/04/2023

LOT : M0230
EXP : JUN 2025
PPV : 127,60 DH

8 032578 479263

Lot: 220102
À consommer
avant le: 03/2025
PPC: 79,50 DH

EFFIPIRED
PPU 400H00
EXP 12/2025
LOT 2N015 4

pe *St. Michael's S. 1* 4760+
/CE: 04202017/01/07/0MP/20UCA/Mav
Distributeur : Rimapharma
165 Bd Abdellatif Ben Khelifa Casablanca, Maroc
Tél. : +222 522 29 58 47
Laboratoires INFUSA, Maroc

139⁰⁰ Igemm a G 10

56.30

14245 Lamp 1 moth (c)
bar Wt 500 moth

PPV: 56, 30 DH
LOT: 22J24D
EXP: 10/2024

