

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

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 : 16/11/19

Adresse :

Tél. : 06 66 62 06 20 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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

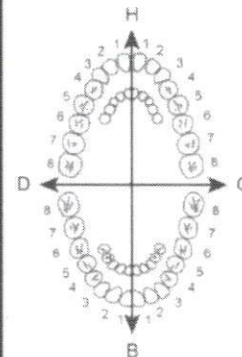
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

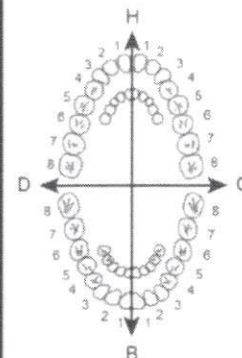
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT 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
rtés obligatoirement par les praticiens eux-
s sur chaque pièce transmise.
sier « Maladie » doit être transmis dans les
contractuels de votre contrat.

ordonnances pour traitements spéciaux doivent
r la nature du traitement ainsi que le coefficient
spondant et le détail des honoraires.

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

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

oroger la garantie aux enfants âgés de plus de
, l'adhérent doit produire annuellement un
tat de scolarité correspondant à l'année
rance considérée.

njoint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime
voyance, merci de le préciser sur le bulletin
sion et joindre les pièces justificatives. Si cela
ent en cours de contrat, vous devez nous
uniquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

ntions chirurgicales : Nous fournir une facture
ée 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



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

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom : HANNOUNE Prénom : MOHAMMED
N° de C.I.N : BH150125 Date de naissance : 16/06/1979
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 : Casablanca, 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 :


le

29/04/2023

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
29/04/2023	C	C1	2000H	
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
29/4/23	442,40	
N° ICE	092058908	N° INP

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 pharmacien attestant le paiement de la facture
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE					N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

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

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Nutrition Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)
التغذية - الحمية (رغيم)

طب النساء

Casablanca, le 29/04/2023: الدار البيضاء، في

eff ALI

127.6

gobac

2628e a

ut 2007ja

79.5
Apia 281cc

2ca - a

4° E Hime 2 00

10pet 2emist 2 00

LOT: M0230
EXP: JUN 2025
PPV: 127.60 DH



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

EFFIPRED
PPV 40DH00
EXP 12/2025
LOT 2N015 4

44240 Lamp 1 mo
batter 3000 mo

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

