

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

*Complément*

**Déclaration de Maladie**

**M22- 0009925**

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196020  
Nom & Prénom : Laquerad Aicha  
Date de naissance : 28-07-59  
Adresse : 94, lot Bouchra Sidi Naarouf Casa  
Tél. : 0672763516 Total des frais engagés : 2278,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Complément*

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : ZRIoui Fouheir Age : 59  
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 : ..... Le : ...../...../.....  
Signature de l'adhérent(e) : Laquerad

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

### 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

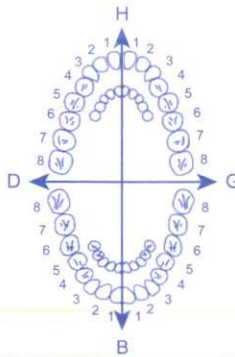
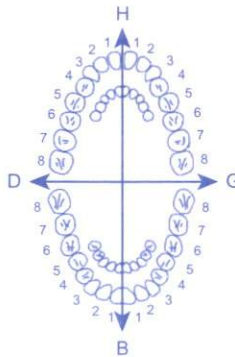
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 21433552  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  00000000 00000000  35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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





Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société	: STE SOREAD	N° de sinistre	: 93807601
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: ab65447
N° d'affiliation	: 86	Réf dossier	: ab65447
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 01/12/2023
CIN	: CCC	Date de traitement	: 05/02/2024
Assuré	: ZRIOUI ZOUHAIR	Date de remboursement	: 05/02/2024
Bénéficiaire	: ZRIOUI ZOUHAIR	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
MEDICAMENTS	2 278,50	2 278,50	0	85.00	0,00	2 164,57
	2 278,50	2 278,50			0,00	2 164,57

Observations :

Informations :



## Déclaration maladie



AB65447

### 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 : \_\_\_\_\_ 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 »



N° :

Nom de l'assuré : .....

Bénéficiaire : .....

Frais exposés : ..... Dh

N° du sinistre : .....

Matricule : .....

Lien de parenté : .....

Date du dépôt du dossier : ..... / ..... / .....

Numéro du bordereau : .....

Numéro d'ordre : .....

Date des soins : ..... / ..... / .....

# 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 : Cardiopathie ischémique  
 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
01/12/23		CS	627	
N° ICE		N° INP		
N° ICE		N° INP		

BIANCA  
 HOPITAL CENTRAL DE  
 DR SA... INTERVENTIO  
 CARDIOLOGIE  
 INPE : 09121681

## 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
01/12/23	2278,50	
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

ANGERS  
 PHARMACIE...  
 092646283

Exemplaire à conserver par l'assuré



المستشفى العام للدار البيضاء  
Hôpital Général de Casablanca  
⓪ⓧ⓪ⓧ ⓪⓬⓪⓪⓪ ⓪ⓔ⓪⓪⓪⓪⓪⓪  
Azhar - Bernoussi أزهار - البرنوصي

12.2023

CARDIO<sup>20</sup>  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE CASABLANCA

AR ZRini Zouhair

270,00 x 3 SV  
1/ Co pleuix  
165,50 x 3 SV  
2/ ATa chel 16  
123,60 x 3 SV  
3/ Maxin 40  
79,00 x 3 SV  
4/ Talon 10  
72,00 x 3 SV  
5/ Detenid 10  
49,40 x 3 SV  
6/ Vnef SV  
T. 8278.50

URGENCE FLEURS D'ORANGERS  
11, Avenue des drangers - Al Sabaa  
Casablanca - Tél: 05 22 34 38 88  
Azhar Bernoussi

HÔPITAL GÉNÉRAL DE CASABLANCA  
DR CARDIO  
CARTON INTERVENTIONNEL  
091121681

URGENCES <sup>20</sup>  
PRISE DE RENDEZ-VOUS <sup>20</sup>



Sidi Bernoussi, AL AZHAR, 20620, Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 76 09 09 - contact@hgc.ma - www.hgc.ma  
Hôpital Général de Casablanca S A - Patente : 37155263  
RC : 544247 - IF : 52470420 - ICE : 003083433000081