

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5745

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Laguerad Aicha

19/6/163

Date de naissance :

Adresse : 91 Lot Bouchra Sidi Maaref CASA

Tél. : 0672763511

Total des frais engagés : 857,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZRIQUI ZOUHEIR

Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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 :

Signature de l'adhérent(e) : Laguerad

Le : / /



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

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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	: 93792149
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: ay68956
N° d'affiliation	: 86	Réf dossier	: ay68956
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 20/10/2023
CIN	: CCC	Date de traitement	: 24/01/2024
Assuré	: ZRIOUI ZOUHAIR	Date de remboursement	: 24/01/2024
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
CONSULTATION GENERAL	120,00	120,00	0	85,00	0,00	102,00
MEDICAMENTS	548,40	548,40	0	85,00	0,00	466,14
PRESTATIONS NON REMB	189,00	189,00	0	0,00	0,00	0,00
	857,40	857,40			0,00	568,14

Observations : nr refluxaid + physiomer

Informations :

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Z. ELLOU Prénom(s) du patient : Sounan

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie : HIV - mycose buccal

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

Fait à : 20/10/2023 le 08/10/2023

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
20110123	737,60	
N° ICE		N° INP: 092046283
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casa



الدكتور ناوري محمد

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le 20-10-2023

Nom :

2Rioui Zouhair
 M. S. opp & 2
 physicien
 28.7 Cur tec 10^{ms} 10^g &
 p. Reflexion 3
 13.8 Difraction 1 opp & 2
 28.8 Nongc 50ms 1b7
 10.9 2D & 3 1 gel 1j.
 Tenef 10^g 10^g
 Com : 06 60 56 47 82

11.7
 28.8
 29.8
 30.8
 31.8
 32.8
 33.8
 34.8
 35.8
 36.8
 37.8
 38.8
 39.8
 40.8
 41.8
 42.8
 43.8
 44.8
 45.8
 46.8
 47.8
 48.8
 49.8
 50.8
 51.8
 52.8
 53.8
 54.8
 55.8
 56.8
 57.8
 58.8
 59.8
 60.8
 61.8
 62.8
 63.8
 64.8
 65.8
 66.8
 67.8
 68.8
 69.8
 70.8
 71.8
 72.8
 73.8
 74.8
 75.8
 76.8
 77.8
 78.8
 79.8
 80.8
 81.8
 82.8
 83.8
 84.8
 85.8
 86.8
 87.8
 88.8
 89.8
 90.8
 91.8
 92.8
 93.8
 94.8
 95.8
 96.8
 97.8
 98.8
 99.8
 100.8
 101.8
 102.8
 103.8
 104.8
 105.8
 106.8
 107.8
 108.8
 109.8
 110.8
 111.8
 112.8
 113.8
 114.8
 115.8
 116.8
 117.8
 118.8
 119.8
 120.8
 121.8
 122.8
 123.8
 124.8
 125.8
 126.8
 127.8
 128.8
 129.8
 130.8
 131.8
 132.8
 133.8
 134.8
 135.8
 136.8
 137.8
 138.8
 139.8
 140.8
 141.8
 142.8
 143.8
 144.8
 145.8
 146.8
 147.8
 148.8
 149.8
 150.8
 151.8
 152.8
 153.8
 154.8
 155.8
 156.8
 157.8
 158.8
 159.8
 160.8
 161.8
 162.8
 163.8
 164.8
 165.8
 166.8
 167.8
 168.8
 169.8
 170.8
 171.8
 172.8
 173.8
 174.8
 175.8
 176.8
 177.8
 178.8
 179.8
 180.8
 181.8
 182.8
 183.8
 184.8
 185.8
 186.8
 187.8
 188.8
 189.8
 190.8
 191.8
 192.8
 193.8
 194.8
 195.8
 196.8
 197.8
 198.8
 199.8
 200.8
 201.8
 202.8
 203.8
 204.8
 205.8
 206.8
 207.8
 208.8
 209.8
 210.8
 211.8
 212.8
 213.8
 214.8
 215.8
 216.8
 217.8
 218.8
 219.8
 220.8
 221.8
 222.8
 223.8
 224.8
 225.8
 226.8
 227.8
 228.8
 229.8
 230.8
 231.8
 232.8
 233.8
 234.8
 235.8
 236.8
 237.8
 238.8
 239.8
 240.8
 241.8
 242.8
 243.8
 244.8
 245.8
 246.8
 247.8
 248.8
 249.8
 250.8
 251.8
 252.8
 253.8
 254.8
 255.8
 256.8
 257.8
 258.8
 259.8
 260.8
 261.8
 262.8
 263.8
 264.8
 265.8
 266.8
 267.8
 268.8
 269.8
 270.8
 271.8
 272.8
 273.8
 274.8
 275.8
 276.8
 277.8
 278.8
 279.8
 280.8
 281.8
 282.8
 283.8
 284.8
 285.8
 286.8
 287.8
 288.8
 289.8
 290.8
 291.8
 292.8
 293.8
 294.8
 295.8
 296.8
 297.8
 298.8
 299.8
 300.8
 301.8
 302.8
 303.8
 304.8
 305.8
 306.8
 307.8
 308.8
 309.8
 310.8
 311.8
 312.8
 313.8
 314.8
 315.8
 316.8
 317.8
 318.8
 319.8
 320.8
 321.8
 322.8
 323.8
 324.8
 325.8
 326.8
 327.8
 328.8
 329.8
 330.8
 331.8
 332.8
 333.8
 334.8
 335.8
 336.8
 337.8
 338.8
 339.8
 340.8
 341.8
 342.8
 343.8
 344.8
 345.8
 346.8
 347.8
 348.8
 349.8
 350.8
 351.8
 352.8
 353.8
 354.8
 355.8
 356.8
 357.8
 358.8
 359.8
 360.8
 361.8
 362.8
 363.8
 364.8
 365.8
 366.8
 367.8
 368.8
 369.8
 370.8
 371.8
 372.8
 373.8
 374.8
 375.8
 376.8
 377.8
 378.8
 379.8
 380.8
 381.8
 382.8
 383.8
 384.8
 385.8
 386.8
 387.8
 388.8
 389.8
 390.8
 391.8
 392.8
 393.8
 394.8
 395.8
 396.8
 397.8
 398.8
 399.8
 400.8
 401.8
 402.8
 403.8
 404.8
 405.8
 406.8
 407.8
 408.8
 409.8
 410.8
 411.8
 412.8
 413.8
 414.8
 415.8
 416.8
 417.8
 418.8
 419.8
 420.8
 421.8
 422.8
 423.8
 424.8
 425.8
 426.8
 427.8
 428.8
 429.8
 430.8
 431.8
 432.8
 433.8
 434.8
 435.8
 436.8
 437.8
 438.8
 439.8
 440.8
 441.8
 442.8
 443.8
 444.8
 445.8
 446.8
 447.8
 448.8
 449.8
 450.8
 451.8
 452.8
 453.8
 454.8
 455.8
 456.8
 457.8
 458.8
 459.8
 460.8
 461.8
 462.8
 463.8
 464.8
 465.8
 466.8
 467.8
 468.8
 469.8
 470.8
 471.8
 472.8
 473.8
 474.8
 475.8
 476.8
 477.8
 478.8
 479.8
 480.8
 481.8
 482.8
 483.8
 484.8
 485.8
 486.8
 487.8
 488.8
 489.8
 490.8
 491.8
 492.8
 493.8
 494.8
 495.8
 496.8
 497.8
 498.8
 499.8
 500.8
 501.8
 502.8
 503.8
 504.8
 505.8
 506.8
 507.8
 508.8
 509.8
 510.8
 511.8
 512.8
 513.8
 514.8
 515.8
 516.8
 517.8
 518.8
 519.8
 520.8
 521.8
 522.8
 523.8
 524.8
 525.8
 526.8
 527.8
 528.8
 529.8
 530.8
 531.8
 532.8
 533.8
 534.8
 535.8
 536.8
 537.8
 538.8
 539.8
 540.8
 541.8
 542.8
 543.8
 544.8
 545.8
 546.8
 547.8
 548.8
 549.8
 550.8
 551.8
 552.8
 553.8
 554.8
 555.8
 556.8
 557.8
 558.8
 559.8
 560.8
 561.8
 562.8
 563.8
 564.8
 565.8
 566.8
 567.8
 568.8
 569.8
 570.8
 571.8
 572.8
 573.8
 574.8
 575.8
 576.8
 577.8
 578.8
 579.8
 580.8
 581.8
 582.8
 583.8
 584.8
 585.8
 586.8
 587.8
 588.8
 589.8
 590.8
 591.8
 592.8
 593.8
 594.8
 595.8
 596.8
 597.8
 598.8
 599.8
 600.8
 601.8
 602.8
 603.8
 604.8
 605.8
 606.8
 607.8
 608.8
 609.8
 610.8
 611.8
 612.8
 613.8
 614.8
 615.8
 616.8
 617.8
 618.8
 619.8
 620.8
 621.8
 622.8
 623.8
 624.8
 625.8
 626.8
 627.8
 628.8
 629.8
 630.8
 631.8
 632.8
 633.8
 634.8
 635.8
 636.8
 637.8
 638.8
 639.8
 640.8
 641.8
 642.8
 643.8
 644.8
 645.8
 646.8
 647.8
 648.8
 649.8
 650.8
 651.8
 652.8
 653.8
 654.8
 655.8
 656.8
 657.8
 658.8
 659.8
 660.8
 661.8
 662.8
 663.8
 664.8
 665.8
 666.8
 667.8
 668.8
 669.8
 670.8
 671.8
 672.8
 673.8
 674.8
 675.8
 676.8
 677.8
 678.8
 679.8
 680.8
 681.8
 682.8
 683.8
 684.8
 685.8
 686.8
 687.8
 688.8
 689.8
 690.8
 691.8
 692.8
 693.8
 694.8
 695.8
 696.8
 697.8
 698.8
 699.8
 700.8
 701.8
 702.8
 703.8
 704.8
 705.8
 706.8
 707.8
 708.8
 709.8
 710.8
 711.8
 712.8
 713.8
 714.8
 715.8
 716.8
 717.8
 718.8
 719.8
 720.8
 721.8
 722.8
 723.8
 724.8
 725.8
 726.8
 727.8
 728.8
 729.8
 730.8
 731.8
 732.8
 733.8
 734.8
 735.8
 736.8
 737.8
 738.8
 739.8
 740.8
 741.8
 742.8
 743.8
 744.8
 745.8
 746.8
 747.8
 748.8
 749.8
 750.8
 751.8
 752.8
 753.8
 754.8
 755.8
 756.8
 757.8
 758.8
 759.8
 760.8
 761.8
 762.8
 763.8
 764.8
 765.8
 766.8
 767.8
 768.8
 769.8
 770.8
 771.8
 772.8
 773.8
 774.8
 775.8
 776.8
 777.8
 778.8
 779.8
 780.8
 781.8
 782.8
 783.8
 784.8
 785.8
 786.8
 787.8
 788.8
 789.8
 790.8
 791.8
 792.8
 793.8
 794.8
 795.8
 796.8
 797.8
 798.8
 799.8
 800.8
 801.8
 802.8
 803.8
 804.8
 805.8
 806.8
 807.8
 808.8
 809.8
 810.8
 811.8
 812.8
 813.8
 814.8
 815.8
 816.8
 817.8
 818.8
 819.8
 820.8
 821.8
 822.8
 823.8
 824.8
 825.8
 826.8
 827.8
 828.8
 829.8
 830.8
 831.8
 832.8
 833.8
 834.8
 835.8
 836.8
 837.8
 838.8
 839.8
 840.8
 841.8
 842.8
 843.8
 844.8
 845.8
 846.8
 847.8
 848.8
 849.8
 850.8
 851.8
 852.8
 853.8
 854.8
 855.8
 856.8
 857.8
 858.8
 859.8
 860.8
 861.8
 862.8
 863.8
 864.8
 865.8
 866.8
 867.8
 868.8
 869.8
 870.8
 871.8
 872.8
 873.8
 874.8
 875.8
 876.8
 877.8
 878.8
 879.8
 880.8
 881.8
 882.8
 883.8
 884.8
 885.8
 886.8
 887.8
 888.8
 889.8
 890.8
 891.8
 892.8
 893.8
 894.8
 895.8
 896.8
 897.8
 898.8
 899.8
 900.8
 901.8
 902.8
 903.8
 904.8
 905.8
 906.8
 907.8
 908.8
 909.8
 910.8
 911.8
 912.8
 913.8
 914.8
 915.8
 916.8
 917.8
 918.8
 919.8
 920.8
 921.8
 922.8
 923.8
 924.8
 925.8
 926.8
 927.8
 928.8
 929.8
 930.8
 931.8
 932.8
 933.8
 934.8
 935.8
 936.8
 937.8
 938.8
 939.8
 940.8
 941.8
 942.8
 943.8
 944.8
 945.8
 946.8
 947.8
 948.8
 949.8
 950.8
 951.8
 952.8
 953.8
 954.8
 955.8
 956.8
 957.8
 958.8
 959.8
 960.8
 961.8
 962.8
 963.8
 964.8
 965.8
 966.8
 967.8
 968.8
 969.8
 970.8
 971.8
 972.8
 973.8
 974.8
 975.8
 976.8
 977.8
 978.8
 979.8
 980.8
 981.8
 982.8
 983.8
 984.8
 985.8
 986.8
 987.8
 988.8
 989.8
 990.8
 991.8
 992.8
 993.8
 994.8
 995.8
 996.8
 997.8
 998.8
 999.8
 1000.8

- Gsm : 06 60 56 47 82

شارع أبي در الغفاري، رقم 144 أمل III - البرنوسي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24



Déclaration maladie



AY68956

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 : 857,40 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 16/1/24

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 »

X

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 : / /