

# 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 : 196185  
 Nom & Prénom : Laguera d Aicha  
 Date de naissance : 28/07/59  
 Adresse : 94 Lot Boudra Gidi Maafaf Casab  
 Tél. : 06.72.76.35.16 Total des frais engagés : 812,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZRIOUI Zouheir

Age : 59

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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Laguera d

2007-07-27

## 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**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

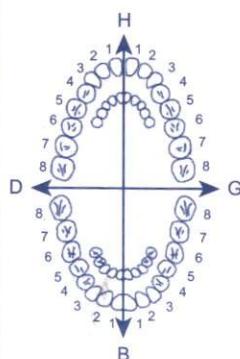
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة ودغيري

الطب العام

طبيبة محلفة

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca le 30.10.2023 الدار البيضاء

Mr ERIOUI Louhier

16/10/2023

1) A +  16

PHARMACIE D'ORANGES  
10300 Casablanca - Al Sebaa  
Tél: 05 22 33 38 88  
Fax: 05 22 33 38 88  
C. 05 22 33 38 88  
Souscription: Aicha

III 03

2) Tache  100

u9 6

u9

3) D 

u9 8 1 15

4) Celo  200

u9

662.00

u9

Dr. OUDRHIRI NAIMA  
Exercice à Casablanca N°3  
Derb Inani, Rue 29 N°3  
Casablanca Tel: 05 22 62 02 35

درب العناني زقة 29 رقم 3 المحمدى - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.62.02.35

**À remplir par le Médecin****Renseignements concernant le patient**Nom du patient : MR ERIOUI Prénom(s) du patient : ZouhairDate de naissance : 1974 Lien de parenté avec l'assuré : FrèreNature de la maladie : H.T.AS'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : chocFait à : Dr. OUDHIRI NAIMA, le 09/11/2012**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
<u>30/10/2012</u>	<u>1</u>	<u>C</u>	<u>15000</u>	<u>Dr. OUDHIRI NAIMA</u>
		N° ICE		N° INP
<u>10/11/2012</u>	<u>1</u>			
<u>20/11/2012</u>	<u>1</u>			
		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
<u>30/10/2012</u>	<u>662.00</u>	<u>11, Allée des Palmiers - Al Sebaa Casablanca - Tel: 0523 34 88 88</u>
		N° INP <u>092066283</u>
		N° ICE
		N° INP
		N° ICE
		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré



## Déclaration maladie



AY68955

### 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 : 776,40 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 : Casablanca, le 23/10/2011

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 : .....

Matricule : .....

Bénéficiaire : .....

Lien de parenté : .....

Frais exposés : ..... Dh

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

N° du sinistre : .....

Numéro du bordereau : .....

Numéro d'ordre : .....

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



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société	: STE SOREAD	N° de sinistre	: 93807602
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: ay68955
N° d'affiliation	: 86	Réf dossier	: ay68955
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 30/10/2023
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	662,40	662,40	0	85.00	0,00	629,28
CONSULTATION GENERAL	150,00	150,00	0	85.00	0,00	142,50
	812,40	812,40			0,00	771,78

Observations : tt 3 mois

Informations :