

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9215

Société :

ZAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAJBAK Josphane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

9687

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

7/3/2017

12/03/24

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

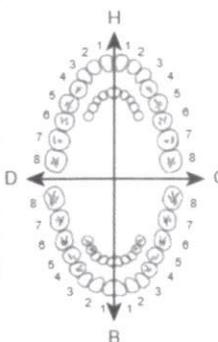
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

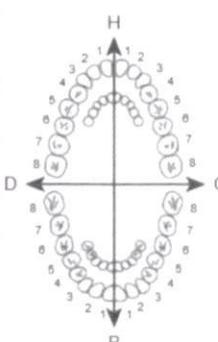
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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	VARUN BEVERAGES MOROCCO	N° de sinistre	:24558328
Contrat n°	:010 200263 / 00	N° dossier	:9857989
N° d'affiliation	:399	Réf dossier	:BB57989
Matricule Société	:0	Date de survenance	:02/01/2024
CIN	:BE594123	Date de traitement	:01/03/2024
Assuré	:JNAINY MAJIDA	Date de remboursement	:01/03/2024
Bénéficiaire	:JNAINY MAJIDA	Code agence	:0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SEANCES DE KINESITHE	2 000,00	2 000,00	10	80.00	0,00	1 600,00
	2 000,00	2 000,00			0,00	1 600,00

Observations :

Informations :

MHIJAN MEHDI

Kinésithérapeute-Physiothérapeute

13, Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah (ex : La Corniche) VIGIE Im.
4^{ème} étage, Bourgogne, Casablanca Tel. 0661606338 / 0522225303

DATE

21/02/2024

I.C.E : 0091

Référence : 4002.98

MHIJAN MEHDI
KINESITHERAPEUTE & PHYSIOTHERAPEUTE
13, Bd. Sidi Mohamed Ben Abdellah VIGIE Imm.
4^{ème} Etage Bourgogne Casablanca
Tel. 0661606338 0522225303

FACTURE

NOM et PRENOM :

Mme JNAINI MAJIDA

NOM et PRENOM de l'Adhérent :

Mme JNAINY MAJIDA

MEDECIN prescripteur :

Dr. BENAMEUR Hamza

NOMBRE et NATURE des Séances :

10 séances de rééducation de
la cheville Droite.

PERIODE ayant Du :

02/01/2024 Au 21/02/2024

COÛT de la Séance :

200,00 Dhs

COÛT TOTAL :

$200,00 \times 10 = 2000,00$ Dhs

La Présente FACTURE est arrêtée à la Somme de :

Deux Mille Dirhams ↑

MHIJAN MEHDI
KINESITHERAPEUTE & PHYSIOTHERAPEUTE
13, Bd. Sidi Mohamed Ben Abdellah VIGIE Imm.
4^{ème} Etg. Bourgogne Casablanca
Tel. 0661606338 0522225303



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

02/08/2024

MATIDA JNAIN

Reduction fractionnelle de l'h.

- Remplacement des aplastis
antérieurs
- Prosthéses
- Fixation

10 points / à raison de 2-3 mas pour

S

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue	
	N° ICE	_____	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 :

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

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 : 8mn Brûlure électrique

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

Fait à : _____ le _____ 01/01/2024

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
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP



Déclaration maladie

VIE (DRH)



BB57989

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

VARUN BEVERAGES MOROCCO
Z.I. Bouskoura 27182 BP 408 - Casab
Tél: 0529 05 29 69 / 0529 05 30 00
Fax: 0529 05 30 30
Service Formation

À remplir par l'assuré

Nom : JNASY Prénom : Mehdi

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 : Cré, le 20/02/2024

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 »