

# 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.

**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



## Déclaration de Maladie

W21-843157

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9215 Société : ZAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASBAR Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 198852

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 ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : 12/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

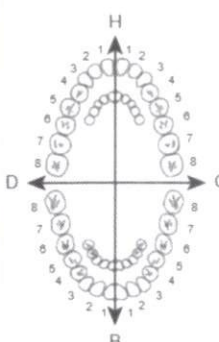
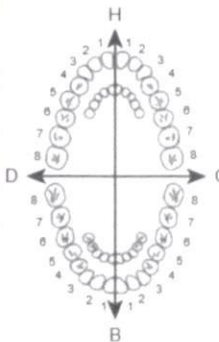
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D		B																										
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS		
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
				<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

**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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
						
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION

[illegible]

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, Bld Sidi Mohamed Ben Abdellah (ex La Corniche) VIGIE Im.  
4<sup>ème</sup> étage, Bourgogne, Casablanca Tel: 0661606338 / 0522225303

**DATE**

21/02/2024

ICE : 002 22 53 03 38 + 000091

Patente : 5400298

## FACTURE

NOM et PRENOM :

M<sup>me</sup> JNAINI TAJIDA

NOM et PRENOM de l'Adhérent :

M<sup>me</sup> JNAINY TAJIDA

MEDECIN prescripteur :

Dr. BENATEUR Hamza

NOMBRE et NATURE des Séances :

10 séances de rééducation de  
la cheville Droite.

PERIODE allant Du :

02/01/2024 Au 21/02/2024

COÛT de la Séance :

20,00 Dhs

COÛT TOTAL :

20,00 x 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<sup>ème</sup> Etg. Bourgogne Casablanca  
Tel: 0661 60 63 38 0522 22 53 03



**ORDONNANCE**

Bouskoura, le :

02/01/2024  
MATIDA JNAINE

Reduct fonctionnelle de l.

- Reprise de marche  
autonome
- Proprioception
- Equilibre

10 séances / à raison de 2-3 fois / semaine

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 [ ]

Devis ☐ Nombre de séances : ..... Établi le : .....

Date des soins		Nombre				Montant des honoraires		Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc	
		AM	PC	IM	IV				
Du: 02/01/2024 10 séances de 20,00 x 10									
Au: 21/02/2024 2 séances de 20,00 x 10									
N° ICE						N° INP			
N° ICE						N° INP			
N° ICE						N° INP			

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

# 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 : *8nn* *Dr. D. D.*  
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : .....  
 Fait à : ..... le *02/01/2024*

## 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
		N° ICE	N° INP	
<i>02/01/2024</i>			<i>CG</i>	
		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
	N° ICE	N° INP
	N° ICE	N° INP
	N° ICE	N° INP





# VIP (DRH) Déclaration maladie



BB57989

## À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie : \_\_\_\_\_  
Numéro du bordereau : \_\_\_\_\_  
Numéro du sinistre : \_\_\_\_\_  
Matricule de l'assuré : \_\_\_\_\_ 0399 \_\_\_\_\_  
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc : \_\_\_\_\_

**VARUN BEVERAGES MOROCCO**  
Z.I. Souakoura 27182 BP 408 - Casa  
Tél: 0529 05 29 99 / 0529 05 30 00  
Fax: 0529 05 30 30  
Service Formation

## À remplir par l'assuré

Nom : \_\_\_\_\_ JNASNY \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_ Casablanca \_\_\_\_\_ le 21/02/2024

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 »