

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.

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M23-006866

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA
Date de naissance :
Adresse : Rés. Raoud El Azhar Rue Ibnou Hazem
Apt B 102 Ilalif Extension Casablanca
Tél. : Total des frais engagés : 64,53 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Casablanca Le : 16/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

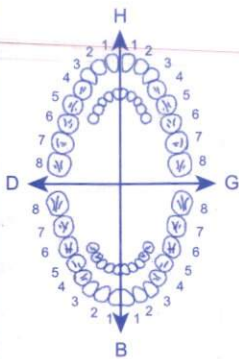
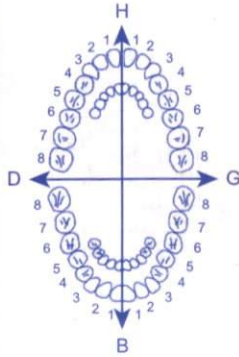
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Recommandati

1. Etablir une déclaration
2. Les noms et prénom. alade doivent être portés obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce de.
3. Le dossier « Maladie » doit être transmis dans les délais contractuels de votre contrat.
4. Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser la nature du traitement ainsi que le coefficient y correspondant et le détail des honoraires.
5. Les factures de pharmacie et les notes de frais d'analyses ou de traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin traitant ainsi que des photocopies des résultats (des analyses et des examens radiologiques).
6. Les prospectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs aux médicaments doivent être joints aux ordonnances tout en veillant à contrôler les dates de péremption.
7. Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 21 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.
8. Si le conjoint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime de prévoyance, merci de le préciser sur le bulletin d'adhésion et joindre les pièces justificatives intervenant en cours de contrat, vous communiquer toutes les pièces justificatives.
9. Interventions chirurgicales : Nous fournir le détail de la clinique ou de l'hôpital pr

- a. Les honoraires du chirurgien et les coefficients des actes « K » correspondant à l'intervention.
- b. La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- c. Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.

10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du/des nouveau(x) né(s).
11. Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de travail) : merci de préciser les causes et circonstances en mentionnant la date, l'heure et le lieu.
12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés, INPE ainsi que la carte d'authenticité en cas de verres de marques.
13. Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie.
14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son

Toute réclamation doit nous être formulée au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie



BF29868

À remplir par la société contractante

Número de police / catégorie :
Número du bordereau :
Número du sinistre :
Matricule de l'assuré :
Número 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 :

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 »

Centre de Relation Client 29 92

AXA Assurance Maroc : 120-122, avenue Hassan II - Casablanca 20000 Maroc
Internet : www.axa.ma

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

SA au capital de 900 000 000 dh - RC 34221 Casablanca Patente 2711 - IF 01085109 - I.C.E 000083794000087 - CNSS 1087255

Renseignements concernant le patient

Fait à : Cambridge le 19/03/2024

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
05/03/24	CS		3000H	06/13/48994
	N° ICE		N° INP	
	N° ICE		N° INP	

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
19/13/24	NP 250 102	<p>صيدلية سقراط</p> <p>PHARMACIE SOCRATE</p> <p>Madinat El Madinat - Chentimar 2</p> <p>Madinat El Madinat - Casablanca</p> <p>Tel: 0539 94 81 10</p>
N° ICE 092054253		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

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 :

Facture ☐ 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		
N° ICE []					N° INP []	
N° ICE []					N° INP []	
N° ICE []					N° INP []	

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

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 19/03/2024

Mr Habbaj Mohammed Hillal

20/80

* Codelprane

100.00 x 28 + 3 15
* Effipr 20mg

29.20 30 15 pte 10j
* Bronchathiol Sirap

120.00 1 cuillère x 3 15

* Furatomes

1 ampoule 15

Adresse : Boulevard Mohamed Taleb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 19/03/2024

Numéro : 45 679



090061862

Nom patient : KABBAJ MOHAMMED HILLAL

Médecin : DR. SQALLI HOUSSAINI MOHAMMED
Oncologie médicale

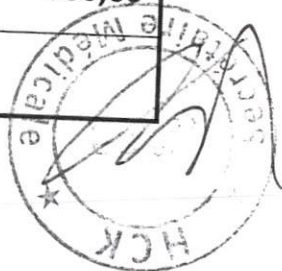
2400850950

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION D'ONCOLOGIE MEDICALE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS





Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: SANLAM	N° de sinistre	: 24670294
Contrat n°	: 010 040036 / 07	N° dossier	: 8629868
N° d'affiliation	: 23017	Réf dossier	: BF29868
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 19/03/2024
CIN	:	Date de traitement	: 08/04/2024
Assuré	: KABBAJ MOHAMMED HILAL	Date de remboursement	: 08/04/2024
Bénéficiaire	: KABBAJ MOHAMMED HILAL	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	85.00	0,00	255,00
MEDICAMENTS	250,00	130,20	0	85.00	0,00	110,67
	550,00	430,20			0,00	365,67

Observations :

Informations : nr:juvatonus