

# 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

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

N° P19- 048651

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ENOUSSI Abdelouajid  
Date de naissance : 15/07/1963  
Adresse : RESID LA VILLE, ENTREE A, API 04  
BD MED D'OURU KENITRA  
Tél : 0660308385 Total des frais engagés : 250 + 1624,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Kenitra

Le : 14/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :







## 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 : KHAYER Prénom : ALAD A  
 N° de C.I.N : CC 2784 Date de naissance : 10/10/1980  
 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 : Kenitra le 09/10/2020

Signature de l'assuré(e) [Signature]

## 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 »

04/19  
Ref.: G00 1011

X

N°:

- 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.

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 diagnostic.

15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.

16. Réclamations : 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.

ms et prénoms de la personne malade doivent  
 ortés obligatoirement par les praticiens eux-  
 ss sur chaque pièce transmise.  
 ssier « Maladie » doit être transmis dans les  
 contractuels de votre contrat.

onnances pour traitements spéciaux doivent  
 la nature du traitement ainsi que le coefficient  
 spondant et le détail des honoraires.

ures de pharmacie et les notes de frais d'analyses  
 traitements spéciaux doivent toujours être  
 gagnées des ordonnances du médecin traitant  
 e des photocopies des résultats (des analyses  
 examens radiologiques).

spectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs  
 dicaments doivent être joints aux ordonnances  
 veillant à contrôler les dates de péremption.

roger la garantie aux enfants âgés de plus de  
 l'adhérent doit produire annuellement un  
 at de scolarité correspondant à l'année  
 ance considérée.

joint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime  
 voyance, merci de le préciser sur le bulletin  
 ion et joindre les pièces justificatives. Si cela  
 ent en cours de contrat, vous devez nous  
 niquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

tions chirurgicales : Nous fournir une facture  
 e de la clinique ou de l'hôpital précisant :

# À remplir par le médecin

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : KHAYER Prénoms : Nadia  
 Date de naissance : .....  
 Nature de la maladie : .....  
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : .....  
 Fait à : Kenitra le 09/10/2020

DR. ALI HASSAN  
 PNEUMOLOGUE  
 87 Avenue Moulay El Moudjahid  
 Kenitra - Tél. 0537 37 37 37

## 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
09/10/2020	1	C2	25084	
N° ICE		ICE	N° INP	
		001718273000080		
N° ICE			N° INP	
N° ICE			N° INP	
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
09.10.2020	INPE: 24.60 052018058	Pharmacie Angle M. Drouot et M. Kenitra - Tél 0537 37 67 20
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

## Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du labo 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 : .....

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du paramédical ou N° d'autorisation d'exercer
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	

## Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

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



**Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD N° de sinistre : 20843634  
Contrat n° : 010 070171 / 00 N° dossier :  
N° d'affiliation : 2648 Date de survenance : 09/10/2020  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 26/10/2020  
Assuré : KHAYER NADIA Date de remboursement : 26/10/2020  
Bénéficiaire : KHAYER NADIA Médecin : \*\*\*\*\*

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	85.00	0,00	212,50
MEDICAMENTS	1 624,60	1 624,60	0	85.00	0,00	1 380,91
	1 874,60	1 874,60			0,00	1 593,41

Observations :

Informations :





**Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité**

**Dr Atmane BENNOUNA**

**PNEUMOLOGUE**

Spécialiste des Maladies de l'appareil Respiratoire

Diplômé de la Faculté de médecine

de Toulouse - FRANCE

Ancien assistant des hôpitaux de France

Tuberculose - Asthme - Allergie

sur Rendez-vous

Kénitra, le 09.10.2022

Nom et Prénom du Patient :

KHAYER Nadia

الدكتور عثمان بنونة

إختصاصي في أمراض الصدر والجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

أمراض السيل - الضيق - الحساسية

باليعداد

190,00 x 4

Aero 1st

210,00 x 3 2 pulv x 2/

Rosilart 1st

20,20 x 3 1/2 cte 1st

Koren 1st

1624,60

LOT:036P003A  
PER:01/2022  
PPV:190,00 dh

LOT:0036N006  
PER:02/2021  
PPV:190,00 dh

LOT:0036N021  
PER:10/2021  
PPV:190,00 dh

LOT:036P003A  
PER:01/2022  
PPV:190,00 dh

PPV:210DH00

00HQ012: Add

00HQ012: Add

PPV 78DH20  
PER 05/22  
LOT J1454-2

PPV 78DH20  
PER 06/22  
LOT J1834-3

PPV 78DH20  
PER 05/22  
LOT J1454-2

الرجاء رقم 1 القنيطرة - الهاتف: 05.37.37.69.69 / باليعداد

87, Avenue Moulay Abderrahmane Appt. N° 1 - KENITRA - Tél. : 05.37

ICE : 001718273000080 - INP : 051026862

Pharmacie Centrale  
Angle Moulay Abderrahmane  
Dr. Atmane BENNOUNA  
PNEUMOLOGUE  
0537376969