

# 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.

## Diagnostique 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

N° P19- 048650

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSIA Abdelouajid

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RESID LA VILLE ENTREE 1 AP104

BD MED DIOURI Kenitra

Tél. : 0660308685 Total des frais engagés : 150 + 432 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : HASSAN ACCUENI Age :

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 : Kenitra Le : 14/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# Recommandations pratiques :

Etablir une déclaration par personne.

Les noms et prénoms de la personne malade doivent être portés obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce transmise.

Le dossier « Maladie » doit être transmis dans les délais contractuels de votre contrat.

Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser la nature du traitement ainsi que le coefficient y correspondant et le détail des honoraires.

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).

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.

Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 11 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

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. Si cela intervient en cours de contrat, vous devez nous communiquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

Interventions chirurgicales : Nous fournir une facture détaillée de la clinique ou de l'hôpital précisant :

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



Déclaration maladie n° 173110

## A 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

## A remplir par l'assuré

Nom : KHAYER Prénom : MADIA  
 N° de C.I.N : CC 2784 Date de naissance : 10/10/1988  
 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 : Marrakech, le 25/09/2020

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 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 des 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 données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

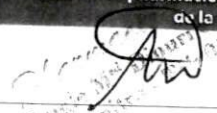
## Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

nom du patient : Khayer Prénom(s) du patient : Nadia  
 date de naissance : ..... Lien de parenté avec l'assuré(e) : .....  
 nature de la maladie : 4 Heuristique + Dépression ATG 22  
 il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : .....  
 fait à : Kenitra le 25.9.2020

| des actes médicaux | Nombre d'actes | Nature et coefficient                          | Montant détaillé des honoraires | Signature et recet du médecin attestant le paiement des actes                        |
|--------------------|----------------|--|---------------------------------|--|
| 9.88               | 1              | 00809891000041<br>BIB A.<br>3001025<br>0688087 | 170.                            | [Signature]<br>de la Direction Régionale de l'Enseignement Supérieur<br>N° 3 Entrées |
|                    | 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                            |
|----------------------|-----------------------|---|
| 5-09-20              | 431,20                |  |
| N° ICE [ ]           | INPE : 05 20 18 058   | 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<br>N° d'autorisation d'exercer au Maroc |
|----------------|--------|----|----|----|------------------------|--|
|                | AM     | PC | IM | IV |                        |  |
|                |        |    |    |    |                        |  |
| N° ICE         |        |    |    |    | N° INP                 |  |
|                |        |    |    |    |                        |  |
| N° ICE         |        |    |    |    | N° INP                 |  |
|                |        |    |    |    |                        |  |
| N° ICE         |        |    |    |    | N° INP                 |  |



الدكتور الحبيب عبد اللطيف

Dr. EL HABIB Abdellatif

عيادة طبية

Cabinet Médical

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Diplômé de la Faculté

de  
Tél

bat  
الهاتف

Kénitra, le 15.9.22 القنيطرة في

Nom : Khayel

Prénom : Nadia

LOT 19302  
PER 06/22  
PPV 700670

LOT: 0053  
PER: AUT 2021  
PPV: 40,50 DH

رقم 15، مركز لاشوب  
زنقة سيو قرب محطة شال  
شارع محمد الخامس  
المكتب رقم 3  
القنيطرة

N° 15, La Shope Center  
rue Sebou, en face Station Shell  
avenue Mohammed V,  
bureau N° 3 entre sol  
KENITRA

122,70

020/ha

63,2 x 2

10,7 x 2

40,50 x 1

431,70

Pharmacie Centre Ville  
Le Centre Ville  
Rue Mohammed V  
N° 15  
Kénitra



**Quittance De Remboursement**  
**Maladie – Maternité**

|                   |                   |                       |              |
|-------------------|-------------------|-----------------------|--------------|
| Société           | : AXA FRANCE IARD | N° de sinistre        | : 20843653   |
| Contrat n°        | : 010 070171 / 00 | N° dossier            | :            |
| N° d'affiliation  | : 2648            | Date de survenance    | : 25/09/2020 |
| 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<br>réelles en dhs | Base de<br>remboursement | Cof<br>(nbre) | Taux<br>% | en Remboursement<br>autre Cie | Remboursement<br>AXA |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|-----------|-------------------------------|----------------------|
| CONSULTATION GENERAL   | 150,00                    | 150,00                   | 0             | 85.00     | 0,00                          | 127,50               |
| MEDICAMENTS            | 431,00                    | 431,00                   | 0             | 85.00     | 0,00                          | 366,35               |
|                        | 581,00                    | 581,00                   |               |           | 0,00                          | 493,85               |

Observations :

Informations :