

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

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° P19-0041153

18055

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BATAI MOHAMMED
Date de naissance : 01-09-50
Adresse : HAB 2005 GABERAT
N° : 114 COT
Tél. : 05 22 22 78 18 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 :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

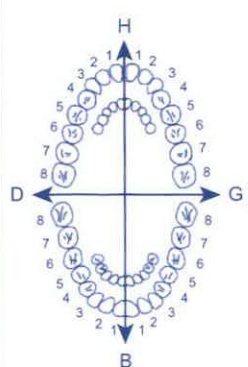
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre par les assurés pour faciliter le traitement des dossiers

1. Les noms et prénoms de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
2. Les pièces « Maladie » doivent nous être transmises dans les 30 jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
3. Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser le nombre et la nature des traitements ainsi que le coefficient y correspondant et détail d'honoraires.
4. Les factures de pharmacie et les notes de frais d'analyse ou de traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin qui les a prescrites ainsi que des photocopies des résultats d'analyses biologiques ou des comptes rendus d'examens radiologiques.
5. Les prospectus et les P.P.M (Prix Public Maroc) concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
6. Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus que 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.
7. Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, merci de demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.
8. Intervention chirurgicale : En cas d'intervention chirurgicale, merci de faire indiquer sur la note de la clinique :
 - a. Les honoraires du chirurgien ainsi que le coefficient « K » correspondant à l'intervention ;
 - b. La ventilation des frais annexes, aide anesthésie, etc ;
 - c. Le nombre de jours d'hospitalisation ;
 - d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.
9. Maternité : le versement de l'indemnité forfaitaire de maternité s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant.
10. Accident : en cas d'accident, merci d'en préciser les causes et circonstances et éventuellement les renseignements concernant le tiers ayant occasionné l'accident.
11. Traumatisme : une lettre explicative précisant les causes et circonstances, date, heure et lieu de l'accident de la voie publique, merci de joindre une photocopie du procès-verbal de la police ou de la gendarmerie.
12. Optique : la déclaration doit comporter la prescription médicale de la facture acquittée de l'opticien précisant les références des verres achetés selon le tarif des opticiens en vigueur au Maroc.
13. Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, merci d'en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la compagnie.
14. Cas de grossesse : aussitôt qu'une grossesse est diagnostiquée, la déclaration doit nous en être faite immédiatement. À la naissance, merci de nous transmettre un extrait d'acte de naissance du (ou des) nouveau-né(s).
15. Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'1 mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie n° 918993

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie _____ Date du dépôt du dossier _____

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 et prénom de l'assuré (en lettres capitales) _____

Date des soins _____

Montant des frais exposés _____

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.

À remplir par le médecin

Nom et prénom du malade _____

Lien de parenté _____

Âge du malade _____

Nature des soins _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, merci de communiquer le renseignement sous pli séparé à l'attention de notre médecin-conseil.

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux » _____

Cachet de la cellule « traitement » _____

X

N° : _____

Nom de l'assuré : _____ Matricule : _____

Bénéficiaire : _____ Lien de parenté : _____

Frais exposés : _____ Dh Date du dépôt du dossier : ____ / ____ / ____ Numéro d'ordre : _____

N° du sinistre : _____ Numéro du bordereau : _____ Date des soins : ____ / ____ / ____

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 2 juillet 2019

Madame MESSOUDI SOUAD

FACTURE N°	296332		
Analyses :			
Chimie : Urée -----	B	30	Total : B 160
Chimie : Hémoglobine glyquée -----	B	100	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		240.00 DH	

Arrétée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quarante Dirhams

[Handwritten signature and stamp]

Dr.Souad OUZIT

Médecine générale

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Montpellier
En Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بـمونبولى

على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكر

Casablanca le : 08 juillet 2019 الدار البيضاء في

Mme MESSOUDI SOUAD

132V, 100 X 3

victoza

1.2 UI

ADO 850

1.1.1

CRESTOR 5 MG

1 CP LE SOIR

D CURE F 100.000UI

1 AMP/MOIS

Traitement pendant : 3 Mois

5.47842

Rendez vous le :

05 22 73 72 72 : الهاتف - البيضاء - المنصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72

BILAN BIOLOGIQUE

Mansour III - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 0522 73 72 77
D.U. Médecine Générale
373, Bd. Souhail Elrhmani, Tétouan
Médicine Générale
D.U. Médecine Générale

Nom / Prénom : NESSOU Age : 45 Sexe : ☒ M ☐ F ☐

Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs Direct

Hématologie/infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☒ Hyperglycémie provoquée
- ☒ Hémoglobine glyquée

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Autres : _____

Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☐ Acide urique

Ionogramme urinaire

- ☐ Djurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

Fonction rénale

- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Estradiol
- ☐ BHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B :
- ☐ Antigène Hbs
- ☐ Antigène Hbe
- ☐ Anticorps Anti Hbc
- ☐ Anticorps Anti Hbs
- ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP



مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

CERTIFICAT MA-2015-324

QUALITATEM

www.ascii-qualitem.fr

TAZI MOHAMED

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur SOUAD OUZIT

Madame MESSOUDI SOUAD

373, Boulevard Souhaib Erroumi

1er étage, Mansour III, Sidi Bernoussi

CASABLANCA

Réf. : 19G121

Examen du 02/07/19 - Edité le 02/07/19

Page : 1/1

ANALYSES

RESULTATS

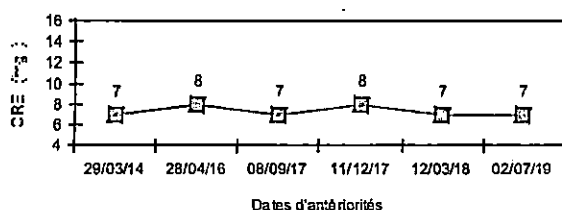
UNITES

NORMALES

ANTECEDENTS

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

UREE -----	0,34	g/l		0,15 - 0,45	<u>12/03/18</u>
ou	5,67	mmol/l			0,30
HEMOGLOBINE GLYQUEE - Hb A1 C - -----	6,0	%		4 - 6,3	<u>30/03/19</u>
					5,5
CREATININE -----	7	mg/l		6 - 12	<u>12/03/18</u>
ou	62	μmol/l			7



[Handwritten signature]



Quittance de remboursement

Maladie-Maternité

Société : BAMY TRUCKS MAROC
Contrat n° : 010 190078/06
N° d'affiliation : 001402
Matricule société : 000000
Assuré : MESSOUDI SQUAD
Bénéficiaire : MESSOUDI SQUAD

N° de sinistre : 19311306
N° dossier :
Date de survenance : 1/07/2019
Date de traitement : 2/10/2019
Date de remboursement : 23/07/2019
Médecin : OUZIT

Nature des prestations	Dépense réelles en dh	Base de remboursement	Cot. (nbre.)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULTATION GENERAL	150,00	150,00	000	85,00	0,00	127,50
ANALYSES B	240,00	240,00	000	85,00	0,00	204,00
MEDICAMENTS	4.784,20	4.784,20	000	85,00	0,00	4.066,57
Total	5.174,20	5.174,20			0,00	4.398,07
Observations : victorian°3/ crestor Smgn° 3/ ado n°9/ d cure n°1						
Informations :						