

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse 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 - 5ème 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

Complément

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041756/5745

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Complément Zeiou Zouher

Nom & Prénom : LAGUERAD AICH

Date de naissance : 28/07/55

Adresse : 94 Lot Bouchara Sidi Taarouf CASA

Tél. : 0672763516

Total des frais engagés : 971,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Zeiou Zouher

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) : Laguerad

Dr. Mohammed Jawad OUHAMMOUCH

Ex. Medecine Des FAR  
Ex. Medecine Chef De La CS De Hay Hassani Berrechid  
Ex. Responsable de La Commission De La Visite  
Pour Permis De Conduire Délégation EL FIDA

Medecine Generale

د. محمد جواد أوحموش

طبيب بالقوات المسلحة الملكية سابقا  
لطبيب الرئيسي للدائرة الصحية الحي الحسيني برشيد سابقا  
الطبيب المكلف باللجنة الطبية  
لنح رخصة السياقة بعمالة الغداه سابقا

الطب العام

urgence : 06.20.06.75.19

Casablanca: 28 19 20 ..... الدار البيضاء في

NOM: Zouhar Zouhar

165.50 x3

① Atlant'16 N°3

60.00

② Alph

③ Voltare 100mg pmd  
19/1 XH

69.00

④ Dou vox cp a buca  
15 X6 h

31.50 x3

⑤ Zylur. 1200 N°3

72.00

⑥ Deten'iel cp

49.60

⑦ D-cure N°2  
1000 mg

العنوان : بلوك الغناني زنقة 32 الرقم 31 - الحي المحمدي - البيضاء الهاتف : 05.22.63.72.77

Adresse: Bloc El Inani Rue 32 N° 31 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 05.22.63.72.77

Exemplaire à conserver par



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société	: STE SOREAD	N° de sinistre	: 20858573
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: 0200439
N° d'affiliation	: 86	Date de survenance	: 28/09/2020
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 05/11/2020
Assuré	: ZRIOUI ZOUHAIR	Date de remboursement	: 20/01/2021
Bénéficiaire	: ZRIOUI ZOUHAIR	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULTATION GENERAL	130,00	130,00	0	85.00	0,00	110,50
MEDICAMENTS	772,00	772,00	0	85.00	0,00	656,20
PRESTATIONS NON REMB	69,00	69,00	0	0.00	0,00	0,00
	971,00	971,00			0,00	766,70

Observations : nr:docivox

Informations :





# Déclaration maladie n° 2123059

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie : 0058010000

Numéro du bordereau : .....

Numéro du sinistre : .....

Matricule de l'assuré : 3124

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc : 086

Cachet de l'entreprise  
**SOREAD 2M**  
Km 7,300 Route de l'Aéroport Ain Sebaâ  
Casablanca - Tel: (21220) 5 22 66 73 00  
Département  
et Affaires

À remplir par l'assuré

Nom : Zrioui Prénom : Zouheir

N° de C.I.N : ..... Date de naissance : .....

Montant des frais exposés : 941 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(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 »



N° :

Nom de l'assuré : .....

Bénéficiaire : .....

Frais exposés : ..... Dh

N° du sinistre : .....

Matricule : .....

Lien de parenté : .....

Date du dépôt du dossier : ..... / ..... / .....

Numéro du bordereau : .....

Numéro d'ordre : .....

Date des soins : ..... / ..... / .....

### 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 :

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à :

le

## Détail des soins (à remplir par le Médecin)

### Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Exemplaire à conserver par