

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	adhésion@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

N° W21-624543

66784

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9715		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 1559 89		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

MUPRAS

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 09/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/04/21

(Signature)



Déclaration maladie n° 1695087

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 : JNASY Prénom : Magid

N°de C.I.N : Date de naissance :

Montant des frais exposés : 1300,00 DH

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignement portés sur la présente déclaration.
Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca, le 11/02/2021

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 »

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ..

Date de naissance

Nature de la maladie

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

Fait à :

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
18/12/2010	1411.50	GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE Mme NADIA
N° ICE		N° INR 8, Rue Abdesslam KHATAB - Casablanca Tél. 0522 33 02 75 - Tél/Fax. 0522 28 93 76 INPE 092000298
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographies

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	_____

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances : Etabli le :

Facture Nombre de séances : Etabli le :

© AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier

عيادة طبية للأمراض الجلدية والتتناسية
CABINET MEDICAL DE DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE

الدكتورة أمال جبران
Docteur Amal JABRANE

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)

الدكتورة نادية القادري
Docteur Nadia KADIRY

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)

18.12.2006

Mme INADINY Nadia

libro

29/ Septico Speed lotion 100g
1 application 2 fois matin et
soir laisse poser.

AS

29/ Effact H lotion 100g
1 application 2 fois matin et

AS

1 application 2 fois matin et
soir laisse poser.

AS

39/ Eclamid cream clinichica

1 application 1 ou 2 fois par jour

141, Av. Moulay Hassan 1er - Casablanca Tél. : 05 22 29 46 11

4/ Hydralice 1000 mg
811/00 ~~500~~ AS
1 application ill 1000 mg.

28000 Dexam

5/ Rilastil Coude Yeux
2 fl jace.

31500

6/ SOSkin evi bel Ré
1 application le matin

1611,50

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE
Mme TAZI NADIA
18, Rue Abdessam KHATAB - Casablanca
Tél. 0522 83 07 75 - Tél/Fax. 0522 28 93 76
IMPE - 092000298

Dr. Nadia TAZI
PHARMACIE
141, AV. Moulay Hassan Tel. Casablanca
Tél. 05 22 20 52 44 / 05 22 29 46 11



Quittance De Remboursement
Maladie Maternité

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 90283554
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier :
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 19/12/2020
Matricule Société : 0 Date de traitement : 22/02/2021
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 23/02/2021
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	80,00	0,00	240,00
	300,00	300,00			0,00	240,00

Observations :

Informations :