

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-642291

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM 28232

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSSI Abdelmajid

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RESD LA VILLE, Entrée A AP104
RD MED DI OLIVIER, Kenitra

Tél. : 0660308285 Total des frais engagés : 300 + 503 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHAYER NADIA 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 : 06/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

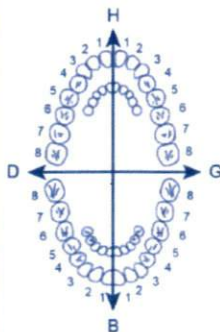
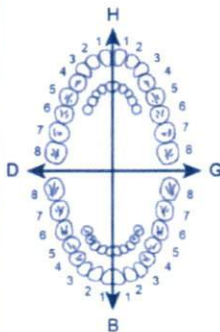
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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, 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.



réinventons /
l'assurance et l'épargne

Déclaration maladie n°

À remplir par la société contractante

Número de police / catégorie		Date du dépôt du dossier	
Número du bordereau		Cachet de l'entreprise	
Número du sinistre			
Matricule de l'assuré			
Número d'affiliation à AXA Assurance Maroc	2648		

À remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)	KHAYER NADIA
Date des soins	
Montant des frais exposés	
Signature de l'assuré	

À remplir par le médecin

Nom et prénom du malade	KHAYER NADIA
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 »
-------------------------------------	-------------------------------------

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.



N° :
Nom de l'assuré : Matricule :
Bénéficiaire : Lien de parenté :
Frais exposés : Date du dépôt du dossier : / / Numéro d'ordre :
N° du sinistre : Numéro du bordereau : Date des soins : / /

AXA Assurance Maroc : 120-122, avenue Hassan II, Casablanca, Tel. : 05.22.88.92.92 - Fax : 05.22.88.93.54
Entreprise régie par la loi n°17-99 portant code des assurances sa au capital de 900 000 000 dirhams
CNSS 1087255 - RC 34221 Casablanca patente 35502711 IF 01085109

Dr. EL MIR HASSAN

Hepato - Gastro

Enterologue - Proctologue

Diplômé de l'université de Médecine de Koursk

Ancien Médecin Attaché Au CHU de Koursk

Echographie

Fibroscope - Colonscopie - Rectoscopie



الدكتور المير حسن
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
والكبد والبواسير
خريج جامعة الطب بكورسك
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار الداخلي



القيطرة في :

10

Mme KHAYER NADIA

LOT 201338
EXP 07/2022
PPV 144.50DH

ORD

202 14 1
11 2 45
PPV 46.00

MEZOR 20 MG

1gel/j le matin pdt 4 semaine

Digestine

1gel 30 min après repas principale pdt :

DEBRIDAT 200 MG

1 gel x3/j avant repas pdt 30j

LIBRAX

1cp x 2/j après repas pd 1 mois

Imodium

2 gel x 21

UT. AV. : 2 2 P.P.V.
UT. AV. : 2 2 P.P.V.
LOTN° : 1 2 8 5 1 7 2

09366163/2

21121 PER:04/2024
PPV:21.00 DH

21121 PER:04/2024
PPV:21.00 DH

LOT : 206014
PER: 07/2025
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V. : 300DH60



باسم من الطابق الأول الشقة رقم 11 (بجانب صيدلية النافورة) - القتيطرة
82, Rue Maâmora, Résidence Yasmine 1^{er} Etage Appt 11 (à côté de la Pha
Tél : 05 37 36 47 60 - GSM : 06 77 27 95 73



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD
Contrat n° : 010 070171 / 00
N° d'affiliation : 2648
Matricule Société : 0
Assuré : KHAYER NADIA
Bénéficiaire : KHAYER NADIA

N° de sinistre : 21689219
N° dossier : 1181126
Date de survenance : 10/06/2021
Date de traitement : 14/06/2021
Date de remboursement : 14/06/2021
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	90.00	0,00	270,00
MEDICAMENTS	503,00	503,00	0	90.00	0,00	452,70
	803,00	803,00			0,00	722,70

Observations :

Informations :