

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053840

☐ Maladie

☐ Dentaire

88575 ☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 095715 Société : RAM.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJJAR Noham

Date de naissance : 04/02/69

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Bon fleurant Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 OCT. 2021

Nom et prénom du malade :

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 : 14/10/21 Le : 14/10/21

Signature de l'adhérent(e) :



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 21939603  
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 6302630  
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 20/09/2021  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 08/10/2021  
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 08/10/2021  
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
MEDICAMENTS	249,70	160,20	0	80.00	0,00	128,16
	549,70	460,20			0,00	368,16

Observations : Nr: apixel

Informations :

Docteur KADIRI Mohamed EL FATMI

Professeur

Ancien Chef de Service  
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face  
Ex. Enseignant à la Faculté  
de Médecine de Casablanca  
Ancien Directeur du Diplôme  
Universitaire du ronflement  
Diplômé de l'Université de Bordeaux

الدكتور القادري محمد الفاطمي

أستاذ

رئيس مصلحة سابقا  
أمراض الأنف و الأذن و الحنجرة  
جراحة الفك و الجراحة التجميلية للوجه  
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا  
مدير سابق لدبلوم الشخير  
دبلوم من جامعة بوردو

Casablanca, le : le 20/09/2024 في الدار البيضاء

Mr - Mme - Enfant : JMAINY Majidp

Zamox 1g  
116100 1805 A24 A 08 Jan

DIPAL 450  
44120 1805 A24

Apixal 8mg  
80,50 2409,70

Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Résidence Mawlid IV Entrée A  
3ème Etage A31 - CASA - Tél. : 05.22.23.30.27 - Tel/Fax : 05.22.23.63.98



8 032578 479676

**LOT** 210454

2024/07

PPC : 89,50 DH

**ZAMOX® Adulte**  
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
1g/125mg

16 SACHETS

6 118000 041160

**DIFAL®**  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH

6 118000 190349

### Renseignements concernant le patient

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

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

### Analyses - Radiographies

**Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux**

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

**Médecin conseil**

## Fiche dossier



## Déclaration maladie



AC02630

### 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 

### À remplir par l'assuré

Nom :  Prénom : N° de C.I.N. :  Date de naissance : 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 :  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 : ..... / ..... / .....