

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Éducation :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Hôp (reformée)

Nom & Prénom : LAGUERDAIS AICHA

Date de naissance : 28/07/19

Adresse : 94 Lot. Bouchra Sidi Ben Aissa CASA

Tél. : 0672763516

Total des frais engagés : 1242,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

*Zlioui Zouheir
(EPoux)*

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Laguerais

Le : / /





Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: STE SOREAD	N° de sinistre	: 91377130
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: AH67407
N° d'affiliation	: 86	Date de survenance	: 02/10/2021
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 09/12/2021
Assuré	: ZRIOUI ZOUHAIR	Date de remboursement	: 01/01/2022
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	150,00	150,00	0	85,00	0,00	127,50
MEDICAMENTS	1 092,20	1 092,20	0	85,00	0,00	928,37
	1 242,20	1 242,20			0,00	1 055,87

Observations :

Informations :



Déclaration maladie



AH67407

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 : Z RiaouiPrénom : Zouheur

N°de C.I.N. : _____

Date de naissance : 11/12/65

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 : / /

Docteur Naïma OUDHIRI
MEDECINE GENERALE
Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة ودغيري
الطب العام
طبيبة محلفة
خبيرة لدى المحاكم

Casablanca le 02.10.2011
الدار البيضاء في

165.80 x 3 = 496.40
2000 ZAOUI ZAOUUI R

103.40 x 3 = 310.20
21 AED in tel de 27/10/2011
Casablanca 16/10/2011

21 AED in tel de 27/10/2011
31 Tel de 27/10/2011

31.30 x 2 = 62.60

41 84 dmc

6.00

51 84 dmc

15.80

61 Ddcij

1092.20

16/10/2011
in tel de 27/10/2011

2 3 mois

in tel de 27/10/2011

19 20 19 20 19 20 19 20

PHARMACIE FLEURS D'ORANGES
SARL
11. Allée des Orangers - Al Sebaa
Casablanca - Tel: 05 22 34 38 88
ZAOUI Aicha

Derb Inani - Rue 29 N°3 - Hay Mohammadi - CASA - 05.22.62.02.35 - الهاتف: رقم 3 المري الحمدي - الدار البيضاء - زقة 29 العناني

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ERIOU Prénom(s) du patient : ZOUHIR

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie : H.T.A CV chevilles et bras

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

Fait à : Lezay, le 02 10 2021

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
02/10/2021	1092.20	
N° ICE	N° INP	
NPCE 092046283		
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	

Exemplaire à conserver par l'assuré