

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

ditions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 - 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



complément
Déclaration de Maladie

N° M21- 063265

103225

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : H.S. (Réparée !)

Nom & Prénom : LAGIER LAO ACHA

Date de naissance : 29/07/59

Adresse : 94 Lot Bauchra Sd. Iham f CASA

Tél. : 0692763516

Total des frais engagés : 479,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Zeïou Zaiheir (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 causés 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) : *Lagier La*



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : STE SOREAD N° de sinistre : 91377129
Contrat n° : V80580100 / 00 N° dossier : AH67405
N° d'affiliation : 86 Date de survenance : 11/10/2021
Matricule Société : 0 Date de traitement : 04/12/2021
Assuré : ZRIOUI ZOUHAIR Date de remboursement : 01/01/2022
Bénéficiaire : ZRIOUI WASSIME 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	329,70	148,10	0	85,00	0,00	125,88
	479,70	298,10			0,00	253,38

Observations : certf reçu maol du 24/12/2021

Informations : nr:enrouex*2+propolis



Déclaration maladie



AH67405

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 RIOU Prénom : Zouheir
N° de C.I.N. : 479,70 Date de naissance : 11/12/65
Montant des frais exposés : 479,70 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 : Casab le 29/11/2021

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 prospection commerciale 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 :

Matricule :

Bénéficiaire :

Lien de parenté :

Frais exposés : Dh

Date du dépôt du dossier : / /

Numéro d'ordre :

N° du sinistre :

Numéro du bordereau :

Date des soins : / /

04/20 Réf. : G001011

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Mr Eric U. (Prénom(s) du patient : Eric Assim)

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré (Père, Mère, Frère, Soeur, etc.) :

Nature de la maladie : Angiome

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

Ques. 8. Lors d'un accident, en indiquer la cause :

11 12 13 14 15 16 17 18 19

Fait à : le / /

Digitized by srujanika@gmail.com

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

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 l'exactitude de la facture
11/10/2021	329,70	BOUC 22 RUE SAUSSIN
N° ICE		N° INP
		092001734
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré

Doctor Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة ودغيري

الطب العام

طبيبة محلفة

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca. le

M. 10. 2027
الدار البيضاء، في

Mr. ZRIONI HASSINI

26.10

ACVet. Dec

20,00

note maz

96,00

31 Pneu 1000

42,80 x 2
85,60

small wheel, 29

4 Enroules. Viton.

52,80

51 ill

329,70

Marque

20

Marque

العنوان: زقة 29 رقم 3 الحميدي - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.62.02.35
Derb Inani - Rue 29 N°3 - Hay Mohammadi - CASA - 05.22.62.02.35