

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

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

N° W21-685896

104985

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

08307

Société :

REFORME

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL IRAKI Mohamed Si Ithne

Date de naissance :

28/11/1966

Adresse :

Res Novaeur Garden, 4 Rue B2 Appart 52 N° 1000

Tél. :

0661231610

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Eduq'lement

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 :

Le 10/12/2012

Le : *10/12/2012*

Signature de l'adhérent(e) :

R. Ithne

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Designation 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

| | | | |
|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------|
| Société | : VISIT MOROCCO | N° de sinistre | : 22432137 |
| Contrat n° | : 010 190080 / 00 | N° dossier | : 0113187 |
| N° d'affiliation | : 19 | Date de survenance | : 14/01/2022 |
| Matricule Société | : 0 | Date de traitement | : 08/02/2022 |
| Assuré | : BENJELLOUN KARIMA | Date de remboursement | : 08/02/2022 |
| Bénéficiaire | : BENJELLOUN KARIMA | Médecin | : ***** |

| Nature des prestations | Dépense réelles en dhs | Base de remboursement | Cof (nbre) | Taux en % | Remboursement autre Cie | Remboursement AXA |
|------------------------|------------------------|-----------------------|------------|-----------|-------------------------|-------------------|
| MEDICAMENTS | 1 310,40 | 1 310,40 | 0 | 80.00 | 0,00 | 1 048,32 |
| | 1 310,40 | 1 310,40 | | | 0,00 | 1 048,32 |

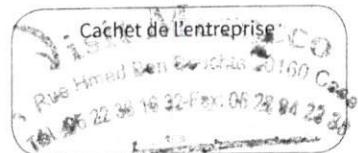
Observations :

Informations :



Déclaration maladie n° 1573378

| | |
|--|---------------|
| À remplir par la société contractante | |
| Numéro de police / catégorie | 01019 0080/00 |
| Numéro du bordereau | |
| Numéro du sinistre | 19 |
| Matricule de l'assuré | |
| Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc | |



| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| À remplir par l'assuré | |
| Nom : BENJELLOUN | Prénom : KARIMA |
| N°de C.I.N : BJ 26447 | Date de naissance : 01/01/1969 |
| Montant des frais exposés : 1310,40 | 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 : Casablanca, le 26/01/2022

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.

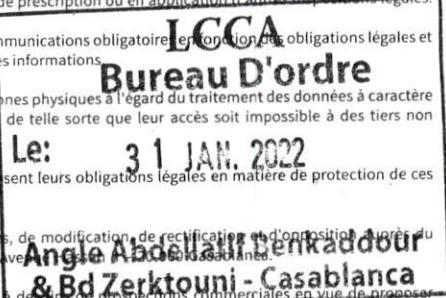
Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

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 Mohammed V, 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 : BENJELLOUN
Bénéficiaire : KARIMA
Frais exposés : 1310,40 Dh
N° du sinistre :

Matricule : 19
Lien de parenté : nn
Date du dépôt du dossier : / /
Numéro du bordereau :

Numéro d'ordre :
Date des soins : 14/01/22

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Benjelloun Prénom(s) du patient : Karine
Date de naissance :

• Date de naissance : (Années) du patient : 1960

Nature de la maladie : hémoptysie Lien de parenté avec l'assuré(e) : frère

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

Si c'est le cas, indiquer la cause : _____

Fait à : CATH , le 14/01/2022

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 |
|----------------------|-----------------------|--|
| 14/01/2022 | 1310,40 | |
| 00106398800010001 | | N° INP INPE 092039189 |
| N° ICE | | N° INP |
| | | |
| N° ICE | | N° INP |
| | | |
| N° ICE | | N° INP |
| | | |



Exemplaire à conserver par

ORDONNANCE

le 14/01/2022

Kaolin a.

Cachet du médecin

Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
X-CHIRURGIE GARNISON - CAYA
NPE 091040907

LCCA
Bureau D'ordre
Le: 31 JAN. 2022

Angle Abdellatif Ben Abdour
& Bd Zerkouni - C