

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 - 100 Avenue Mohammed VI - 20000 Casablanca
Tél : 020 45 45 16 Fax : 020 45 45 18 www.mupras.ma



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-685896

104985

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08307

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre

Nom & Prénom :

ELIRAKI Mohamed Si Thoun

Date de naissance :

28/11/1966

Adresse :

Res Nouaceur Garden, Immeuble B2 Apt 52 Nouaceur

Tél :

0661231610

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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) :

Le :

24/10/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

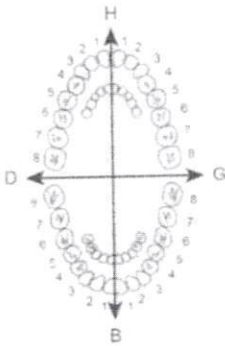
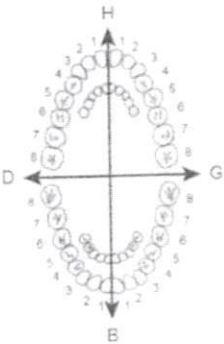
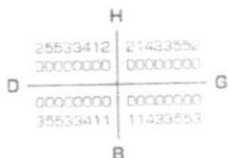
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS


DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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 : BENJELLLOUN KARIMA Date de remboursement : 08/02/2022
Bénéficiaire : BENJELLLOUN 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

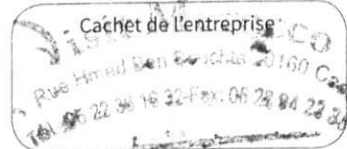
Numéro de police / catégorie : 01219 0080/02

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré : 19

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc



À remplir par l'assuré

Nom : BENJELLOUN

Prénom : KARIMA

N° de C.I.N : BJ 86447

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'assuré 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 VI, 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.

LCCA
Bureau D'ordre

Le: 31 JAN. 2022

Angle Abouelkhalil Benkaddour
& Bd Zerktouni - Casablanca

«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 »

X

N°:

Nom de l'assuré : BENJELLOUN

Bénéficiaire : KARIMA

Frais exposés : 1310,40 Dh

N° du sinistre :

Matricule : 19

Lien de parenté : 00

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 : Lamina

• Date de naissance :

Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie :

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

Fait à :

le

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

[illegible]

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	
N° ICE 00103288000000001		N° INP INPE 092039189
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

LCCA
Bureau D'ordre
Le: 31 JAN 2022

Exemplaire à conserver par

ORDONNANCE

le 14/01/2022

Mr/Mme

Ben Jettou Karim

1) SERETIDE 250 218,00 x 3

2 bouffées matin 5 h

2) EFFI 2 RFD 200 58,40

2 pte mat - après repas dor

3) Ddiphe 1000 6

1 pte mat - après apg dor

4) Vit C 1000 6 15,30

1 pte mat - 5 h

5) Dulcino fluid de script 1000 18,70

1 pte mat - 5 h

6) Augmentin 1g 800 126,30

1 pte mat - 5 h

7) Epruno dual 1000 102,40

1 pte mat - 5 h

8) TAB ID 1 EN 20 33,20

1 pte mat - 5 h

Cachet du médecin

Dr. Nadia EL JADOURI
Médecin - Colonel
Armée Garnison - Caye

INPE 091040907

Total = 1310,40

LCCA
Bureau D'ordre

Le:

31 JAN. 2022

Angle Abdellatif Ben Jettou
& Bd Zerkouni - C