

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractères 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



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

Complément

Déclaration de Maladie

N° P19- 0041730

110743

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 1707 K/rama

Nom & Prénom : LAGUERAN AICHA

Date de naissance : 28/07/59

Adresse : 94 Lot Bouchra Sid Anassaf CAS

Tél. : 06 72763516 Total des frais engagés : 4952,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Zhiou Zouheir 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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : LAGUERAN

ndations pratiques :
déclaration par personne.

t prénoms de la personne malade doivent
obligatoirement par les praticiens eux-
chaque pièce transmise.
« Maladie » doit être transmis dans les
actuels de votre contrat.

ances pour traitements spéciaux doivent
nature du traitement ainsi que le coefficient
ndant et le détail des honoraires.

de pharmacie et les notes de frais d'analyses
gements spéciaux doivent toujours être
ées des ordonnances du médecin traitant
es photocopies des résultats (des analyses
hens radiologiques).

tus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs
ments doivent être joints aux ordonnances
ant à contrôler les dates de péremption.

ger la garantie aux enfants âgés de plus de
dhérent doit produire annuellement un
de scolarité correspondant à l'année
e considérée.

t de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime
nce, merci de le préciser sur le bulletin
et joindre les pièces justificatives. Si cela
en cours de contrat, vous devez nous
er toutes les pièces justificatives nécessaires.

ns chirurgicales : Nous fournir une facture
la clinique ou de l'hôpital précisant :

- a. Les honoraires du chirurgien et les coefficients des actes « K » correspondant à l'intervention.
- b. La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- c. Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- d. Le détail des fournitures pharmaceutiques.

10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du/des nouveau(x) né(s).

11. Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de travail) : merci de préciser les causes et circonstances en mentionnant la date, l'heure et le lieu.

12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés.

13. Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son diagnostic.

15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.

16. Réclamations : Toute réclamation doit nous être formulée au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie



AF08150

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. RIOWI Prénom : Zouheir
N° de C.I.N : Date de naissance :
Montant des frais exposés : 4952,60 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 09/03/22

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 »



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : STE SOREAD N° de sinistre : 22532194
Contrat n° : V80580100 / 00 N° dossier : af08150
N° d'affiliation : 86 Date de survenance : 07/03/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 25/03/2022
Assuré : ZRIOUI ZOUHAIR Date de remboursement : 29/03/2022
Bénéficiaire : ZRIOUI ZOUHAIR Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	85.00	0,00	212,50
MEDICAMENTS	402,60	402,60	0	85.00	0,00	342,21
MONTURE	1 300,00	1 083,33	0	85.00	0,00	920,83
VERRES	3 000,00	2 500,00	0	85.00	0,00	2 125,00
	4 952,60	4 235,93			0,00	3 600,54

Observations : nr tva

Informations :



Déclaration maladie



AF08150

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. BLOW Prénom : Zouheir

N° de C.I.N. : Date de naissance :

Montant des frais exposés : 4952,60 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 : Casa le 09/03/22

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 :

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 : / /

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ZRIoui Prénom(s) du patient : ZOUHEIR
 Date de naissance : _____ Lien de parenté avec l'assuré(e) : _____
 Nature de la maladie : affection cardiaque
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : _____
 Fait à : Nadi le 07 MARS 2022

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
07 MARS 2022	1		2500 H	
N° ICE		N° INP		
N° ICE		N° INP		

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
07/03/2022	402160	
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Exemplaire à conserver par l'assuré

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : Établi le :
 Facture ☐ Nombre de séances : Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
08/03/2022					4300,00	
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	
N° ICE					N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------

✂

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.



المصحة المتخصصة المحمدية
في أمراض وجراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب وجراحة العيون
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

Mohammedia le :

07 mars 2022

Mr. ZRIOUI ZOUHEIR

22,60

FLUCON COLL

1 gtt 3f/j pd 10j,
puis 2f/j pd 5j,
puis 1f/j pd 5j , dans les deux yeux

190,00 x 2

HYLO-DUAL

1 gtt x 4 / j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T=402,60

Il est interdit de changer la date de la consultation
يمنع تغيير تاريخ الإستشارة



INPE : 091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II - Mohammedia
Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma
Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084



N°: 001981

Nom : Z. Riani

Date : 08/03/2022

Prénom : Z. KUTHEIR

- Docteur HASMA LAMAR

PRIX

OD : AXE 160 CYL -1.6 SPH -4.2 1500-

VL

OG : AXE 170 CYL -2 SPH -5 1500-

ADDITION : +2.00-

OD : AXE 1 CYL 1 SPH 1

VP

OG : AXE 1 CYL 1 SPH 1

Verres PM 334 ignare M. Ben. Zisser 1300-

Monture gaty 1.67 1300-

TOTAL

Facture arrêtée à la somme de :

4300-

Chantal Nille Trous Ceu d'or