

## 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.

### 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.

### Educations :

- 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.

### Dentaires :

- 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prix 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

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

N° W21-682258

par Courrier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10302 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ENOUSIA Abdelmajid  
 Date de naissance : 15/07/1967  
 Adresse : RESD LA VILLE Entre 4 Apt 4  
 BP Med Djouir Kenitra  
 Tél. : 066 808281 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : KHAVER NADIA 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-682258

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

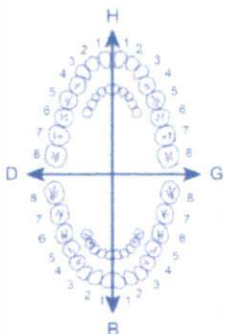
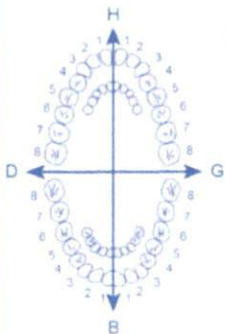
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'O.D.F.

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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412   21433552            00000000   00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000   00000000            35533411   11433553  <b>B</b> </div> </div>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Recommandations pratiques :

1. Etablir une déclaration par personne.
2. Les noms et prénoms de la personne malade doivent être portés obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce transmise.
3. Le dossier « Maladie » doit être transmis dans les délais contractuels de votre contrat.
4. Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser la nature du traitement ainsi que le coefficient y correspondant et le détail des honoraires.
5. Les factures de pharmacie et les notes de frais d'analyses ou de traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin traitant ainsi que des photocopies des résultats (des analyses et des examens radiologiques).
6. Les prospectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs aux médicaments doivent être joints aux ordonnances tout en veillant à contrôler les dates de péremption.
7. Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 21 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.
8. Si le conjoint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime de prévoyance, merci de le préciser sur le bulletin d'adhésion et joindre les pièces justificatives. Si cela intervient en cours de contrat, vous devez nous communiquer toutes les pièces justificatives nécessaires.
9. Interventions chirurgicales : Nous fournir une facture détaillée de 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

S844206



AF36114

A remplir par la société contractante

Número de police / catégorie :  
Número du bordereau :  
Número du sinistre :  
Matricule de l'assuré :  
Número d'affiliation à AXA Assurance Maroc :

Cachet de l'entreprise

A remplir par l'assuré

Nom : KHAYER NADIA Prénom : NADIA  
N° de CLIN : CC2784 Date de naissance : 10.10.1980  
Montant des frais exposés : 475,50 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 : Kenitra le 13.01.2022

Signature de l'assuré(e)

*[Signature]*

### Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription de l'assurance et pour bénéficier de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les sous-traitants.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période maximale prévue par la réglementation en vigueur pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en matière de suivi médical.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des dispositions légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir certaines 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 sorte que leur accès est réservé à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles disposent d'une formation adaptée 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 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 renseignements à des fins de souscription, de gestion, de suivi et de prestation 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 CNOP sous le N° AA-340/2013»

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »



N° :

Nom de l'assuré

Bénéficiaire

Frais exposés

N° du sinistre

Matricule

Lien de parenté

Date du dépôt du dossier

Número du bordereau

Número d'ordre

Date des soins







# Dr Said ENNAHIRI

Spécialiste des Maladies des os, articulations,  
la colonne vertébrale et du Rhumatisme  
Ancien Médecin chef du service de rééducation  
et d'appareillage orthopédique  
à l'hôpital IDRISSI de Kénitra



الدكتور سعيد الناهري  
اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل،  
العمود الفقري والروماتيزم  
رئيس مصلحة التقويم والترويض  
الطبي بمستشفى الإدريسي  
بالقنيطرة سابقا

القنيطرة في 08/11/2023  
Kénitra le

KHAZER

NADIA

INPE: 05 20 18 050

Pharmacie Centrale Ville  
D. BEN MESSAOUD FORTA  
Tél: 05 37 37 67 29 / Kénitra

216, 23  
F U Z C L 40

10gdl 1T 1/2 h mm  
nchd 1/2 h mm

61,10  
H C B I C 15 (25 h mm)

100, 1T mm mm  
200

136, 1T mm mm  
25

10gdl  
47, 10

Lot: 210285  
Exp: 03, 2024  
PPV: 136DH50

PPV: 61DH50  
PER: 09/24  
LOT: K2605



PPV: 61DH50  
PER: 09/24  
LOT: K2605



17, Rue Haj Omar Rifi Burea  
05 37 36 69 39 - الهاتف



Dr. ENNAHIRI Said  
Rhumatologue  
17, Rue Haj Omar Rifi - Kénitra  
dessus de BIM - Kénitra - Tél: 05 37 36 69 39  
17, زقة الحاج عمر الريفي المكتب 2 - 17



**Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD  
Contrat n° : 010 070171 / 00  
N° d'affiliation : 2648  
Matricule Société : 0  
Assuré : KHAYER NADIA  
Bénéficiaire : KHAYER NADIA

N° de sinistre : 22419079  
N° dossier : 1136114  
Date de survenance : 08/01/2022  
Date de traitement : 31/01/2022  
Date de remboursement : 31/01/2022  
Médecin : \*\*\*\*\*

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
MEDICAMENTS	475,50	475,50	0	90.00	0,00	427,95
	475,50	475,50			0,00	427,95

Observations :

Informations :