

**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.

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.

Dentaires :

- 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

- Reclamation : 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.

UPRAS Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 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

Déclaration de Maladie

N° W21-682258 *par Courrier*
111093

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 : 15/07/1963
 Adresse : RESD LA VILLE Entree 4 IPT 4
 Bd Med Djouri Kenitra
 Tél. : 066 808281 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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).

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin 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	Désignation 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	

VOLET ADHERENT

* 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, 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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			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

Recommandations pratiques :

1. Etablir une déclaration par personne.
 - 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.
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 :
 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.

AXA Assurance Maroc | 120-122, avenue Hassan II - Casablanca 20000 Maroc
 Téléphone : +212 (0)5 22 88 92 93 - Fax : +212 (0)5 22 88 91 88 - Internet : www.axa.ma
 Entreprise régie par la loi 17-99 portant codé des assurances
 SA au capital de 900 000 000 dh - RC 34221 Casablanca Patente 35502711 - IF 01085109 - J.C.E 000083794000087 - CH55 1087255



S844206

Déclaration maladie



AF36114

A 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

A remplir par l'assuré

Nom : KHAYER NADIA Prénom : NADIA
 N° de CLN : 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 conclusion du contrat d'assurance et l'accès à 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 post-contractuelle nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en respectant les autres obligations légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des jugements, règlements 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, y compris celles qui sont stockées sur des supports à accès restreint.

L'assureur assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles commencent leurs activités 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 renseignements à des fins de gestion des réclamations, 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° AA-348/2013».

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 : _____

Scanned by TapScanner

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient: **LIHAYER** Prénom(s) du patient: **NOUJIA**
 Date de naissance: **1980** Lien de parenté avec l'assuré(e): **elle-même**
 Nature de la maladie: **NCB**
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause:
 Fait à: **10/** le **08/11/2022**

ENNAHJRI Saïd
 17 Rue Mohamed VI - Kenitra
 INPE 051071056

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des soins	Montant de la facture	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
08/11/2022		C		<i>[Signature]</i> ENNAHJRI Saïd 17 Rue Mohamed VI - Kenitra INPE 051071056
N° ICE	N° INP			

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		
					N° ICE	N° INP
					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
08/11/2022	471,50	Tel.: 05 37 37 6725 Kenitra INPE 05 20 18 056
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil _____ Fiche dossier _____

X

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Exemplaire à conserver par l'assuré.

Scanned by TapScanner

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 IDRISSE de Kénitra



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

كénitra le 08/11/2023 في القنيطرة

KHAZER
NADIA

Pharmacie Centrale
D. BENMANSOUR
Tel.: 05 37 37 67 29 / Kénitra
INPE: 05 20 18 052

216.33
+ F U Z C L 40

61.10
+ H C B I C 15

136.1 ANALYSE 25

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
الهاتف: 05 37 36 69 39



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	Déponse 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 :