

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.

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.

ique :

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 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

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 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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Complément
Déclaration de Maladie
N° P19- 0041732

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGUERAD AICHA

Date de naissance : 28/01/89

Adresse : 94 lot Bouchara Sid Nassouf Casa

Tél : 0672763516

Total des frais engagés : 859,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZRIAN 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) : Laguerad

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

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

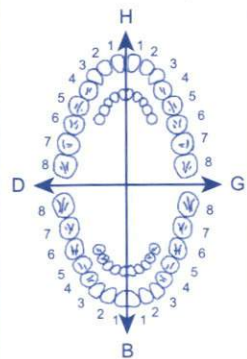
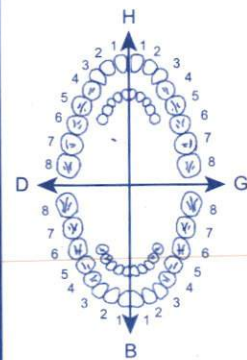
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ications pratiques :

l'éclaration par personne.

prénoms de la personne malade doivent obligatoirement par les praticiens eux-chaque pièce transmise.

« Maladie » doit être transmis dans les actuels de votre contrat.

nces pour traitements spéciaux doivent ture du traitement ainsi que le coefficient dant et le détail des honoraires.

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

us et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs nents doivent être joints aux ordonnances nt à contrôler les dates de péremption.

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

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

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

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



AB65108

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 : ZRIOU Prénom : Zouheir
N° de C.I.N : Date de naissance :
Montant des frais exposés : 859,80 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 9/03/12

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 »

04/20
Réf. : G00 1011

decin

concernant le patient

N° 2210101 Prénom(s) du patient : Zouhair
Lien de parenté avec l'assuré(e) :
ie : Hypercalcémie
ident, en indiquer la cause :
le

remplir par le Médecin)

Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
N° ICE		N° INP	09.10 44570
2/01/22	05	300,00	
N° ICE		N° INP	

nnances (à remplir par le Pharmacien)

nnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
2022	159,80	Pharmacie 33 Lot. Bouchra Route, 10130 N° INP 0522 32 19 29 Tél: 0522 32 19 29
N° ICE	052043710	
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
26/01/22	Echographie	440,00	
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 participant
	AM PC IM IV		N° d'autorisation d'exercer au Maroc
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

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



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : STE SOREAD
Contrat n° : V80580100 / 00
N° d'affiliation : 86
Matricule Société : 0
Assuré : ZRIOUI ZOUHAIR
Bénéficiaire : ZRIOUI ZOUHAIR

N° de sinistre : 22532189
N° dossier : ab65108
Date de survenance : 26/01/2022
Date de traitement : 25/03/2022
Date de remboursement : 29/03/2022
Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	85.00	0,00	255,00
ECHOGRAPHIE	400,00	400,00	0	85.00	0,00	340,00
MEDICAMENTS	159,80	159,80	0	85.00	0,00	135,83
	859,80	859,80			0,00	730,83

Observations :

Informations :



Déclaration maladie



AB65108

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 : ZRIOU Prénom : Zouheir
N° de C.I.N : _____ Date de naissance : _____
Montant des frais exposés : 859,80 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 9/03/12

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 :

Bénéficiaire :

Frais exposés : Dh

N° de sinistre :

Matricule :

Lien de parenté :

Date du dépôt du dossier : / /

Numéro du bordereau :

Numéro d'ordre :

Date des soins : / /

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient.

Nom du patient : 1^{er} Zoum Prénom(s) du patient : Zoum

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie : Hypercalcémie

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

Fait à : le

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
N° ICE		N° INP		
26/01/22		AS	300,00	09.10.44570 Bucin
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
26/01/2022	159,80	<p>Pharmacie</p> <p>134 Lot. Bouchard Route de la Blanche</p> <p>N° INP 022 32 19 29</p> <p>Tél: 05 22 32 19 29</p>
N° ICE	022043710	
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
26/01/22	Echographie	420,00	Thymialien
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	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

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



Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Lot : 086794
Dluo : 08/22
PPC : 79.90 Dh

DEMBRI KHALED Casa

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de
Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

26/01/2022

Nom : Zrioui

Prénom : Zouheir

Indication : Hypercalcémie

~~Pharmacie Mansad~~
~~94 Lot. Zouheir Maârif 1100~~
~~Sidi Maârif - Casablanca~~
~~Tél: 0522 34 19 29~~

29,90x2

3 DVit : 15 gouttes/jour pendant 01 mois



Nb : Il est strictement interdit de faire une consultation ou de
lire un bilan sur whatsapp ou sur mail

T=159,80

Dr DEMBRI KHALED Casa

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de
Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

26/01/22

Nom : Zrioui

Prénom : Zouheir

Indication : Hypercalcémie

Facture pour Echographie Thyroïdienne : 400dh

Nb : Il est strictement interdit de faire une consultation ou de
lire un bilan sur whatsapp ou sur mail

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'Z' or 'S' shape with a horizontal line extending to the right.

Dr DEMBRI KHALED

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. rue kadi iass maarif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Casablanca, le 26.01.2022

Nom : Zrioui

Prénom : Zouheir

Indication : Hypercalcémie

Echographie Thyroïdienne

L'exploration échographique de la thyroïde est réalisée avec une sonde de 18 mhz : Echo Doppler Hitachi Aloka F37 Mise en service : Janvier 2019

Les 2 lobes thyroïdiens sont légèrement augmentés de taille de contours réguliers d'écho structure finement hétérogène mesurant :

Lobe droit : 48.7x13.8x13.9 mm

Lobe gauche : 42.9x13.4x14.7 mm

L'isthme : 3.3 mm

Absence d'adénopathie latéro-cervicales

Les glandes sous-claviculaires et parotidiennes sont de taille et d'écho-structure normales

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2^{ème} étage à côté de Mac Donald's Casablanca.

Email : kdembri@hotmail.com

Signé :

