

# 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.

## cique :

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 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](http://www.mupras.com)



## Complément Déclaration de Maladie

Nº P19- 0041732

Maladie

Dentaire **MA3566**

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **5745**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAGUERAD AICHA**

Date de naissance : **28/07/83**

Adresse : **94 Lot Bouchra Sidi Drarant Casablanca**

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 : **ZRISSI 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) : **Laggerad**

## **RELEVE 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**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

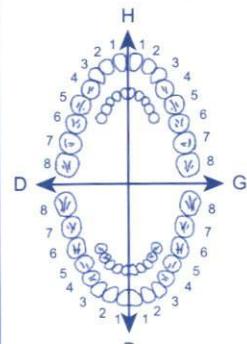
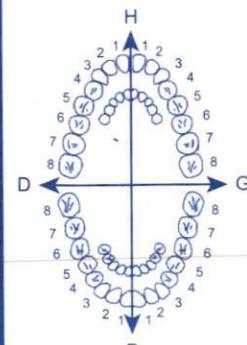
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE 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 canalaires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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**

idations pratiques :

éclaration par personne.

prénoms de la personne malade doivent obligatoirement par les praticiens eux-mêmes être transmises.

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

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

e pharmacie et les notes de frais d'analyses de traitements spéciaux doivent toujours être jointes aux ordonnances du médecin traitant ; photocopies des résultats (des analyses et des radiologiques).

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

er la garantie aux enfants âgés de plus de 16 ans doivent produire annuellement une scolarité correspondant à l'année considérée.

de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime social, merci de le préciser sur le bulletin et joindre les pièces justificatives. Si cela se passe au cours de contrat, vous devez nous fournir toutes les pièces justificatives nécessaires.

chirurgicales : Nous fournir une facture 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

Cachet de l'entreprise

### 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

### À remplir par l'assuré

Nom : Zouhair

Prénom : Zouhair

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

Ref. : G001011

declin

concernant le patient

N° 2810ni Prénom(s) du patient : Zouhair

Lien de parenté avec l'assuré(e) :

ie : Hypertension

dent, 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	09.10.44572	
281122	05	300,-	
N° ICE	N° INP		

nnances (à remplir par le Pharmacien)

Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE	N° INP
222 159,80	
092043710	
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		
26/10/22	Échographie thyroïdien	400,-	
.			
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 patient N° d'autorisation d'exercer au Maroc
AM	PC	IM	IV
N° ICE	N° INP		
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 N° de sinistre : 22532189  
Contrat n° : V80580100 / 00 N° dossier : ab65108  
N° d'affiliation : 86 Date de survenance : 26/01/2022  
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	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 : ZRIOUI 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 »

X

N° :

Nom de l'assuré : .....

Matricule : .....

Bénéficiaire : .....

Lien de parenté : .....

Frais exposés : ..... Dh

Date du dépôt du dossier : ..... / ..... / .....

N° du sinistre : .....

Numéro du bordereau : .....

Numéro d'ordre : .....

Date des soins : ..... / ..... / .....

**À remplir par le Médecin**

- Renseignements concernant le patient.

Nom du patient : Elzéarion Prénom(s) du patient : Zéphirin

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

Nature de la maladie : **Hypertension** parfois avec l'assureur(e) .

S'il s'agit d'un accident, on indique la date et l'heure de l'accident.

Fait à : ..... le ..... / ..... / .....

**Détail des soins (à remplir par le Médecin)**

### **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
26/07/2022	159,80	<del>Charmacie 13, lot. Bouchra Route de la Gendarmerie Tél: 0522 321929</del>
N° ICE	092043710	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
26/01/22	Echographie thyroïdien		
N° ICE		N° INP	400,00
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 patient 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
-----------------	---------------

X

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

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

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<sup>ème</sup> étage à côté de  
Mac Donald's Casablanca  
Kdembri@hotmail.com

26/01/2022

Nom : Zrioui  
Prénom : Zouheir  
Indication : Hypercalcémie

Pharmacie Morsad  
92 Lot. Louchra Route 1100  
Sidi Abdellah - Casablanca  
Tél : 0522 341929

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~~

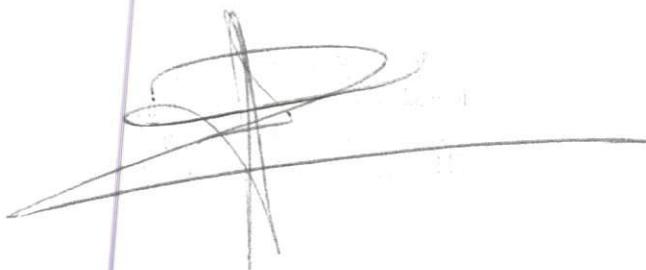
Dr DEMBRI KHALED Casa  
Spécialiste en endocrinologie  
Diabétologie et nutrition  
9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa  
Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215  
GSM : 0661633250  
Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de  
Mac Donald's Casablanca  
[Kdembri@hotmail.com](mailto:Kdembri@hotmail.com)

26/1/22

Nom : Zrioui  
Prénom : Zouheir  
Indication : Hypercalcémie

**Facture** pour Echographie Thyroidienne : 400dh

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

A handwritten signature consisting of several loops and lines, written in black ink.

**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<sup>ème</sup> étage à côté de Mac Donald's Casablanca.  
Email : kdembri@hotmail.com

Signé :

