

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

La 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 11/05/2022

Déclaration de Maladie : N° S19-0001851

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10588 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : RAM RETRAITÉ

Nom & Prénom : EL KAFI BRAHIM Date de naissance : 17.09.1959

Adresse : LOT ZENZIBAR 1007 AP 8 CASA

Tél. : 06 523 51 327 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : COMPLEMENT 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 : CASA Le : 19/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : CB

H. HAKANI

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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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.

AXA Assurance Maroc : 120-122, avenue Hassan II - Casablanca 20000 Maroc
Téléphone : +212 (0)5 22 88 92 92 - Fax : +212 (0)5 22 88 91 88 - Internet : www.axa.ma

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

SA au capital de 900 000 000 dh - RC 34221 Casablanca Patente 35502711 - IF 01085109 - I.C.E 000083794000087 - CNSS 1087255



Déclaration maladie



AH08624

Cachet de l'entreprise

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie 048847
Numéro du bordereau
Numéro du sinistre
Matricule de l'assuré
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

À remplir par l'assuré

Nom : Khalid Prénom : R. Kha
N°de C.I.N : _____ Date de naissance : _____
Montant des frais exposés : _____ 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 : Larache, le 6/11/22

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 »

X

N° :

Nom de l'assuré :

Bénéficiaire :

Frais exposés : Dh

Matricule :

Lien de parenté :

Date du dépôt du dossier : / /

Numéro d'ordre :

04/20

Ref. G001011

Remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : N° KAD Prénom(s) du patient : RKI A
 Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie : PSH gauche
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
 Fait à : CASA, le 6/11/2022

INPE: 091118794
Tél: 0522 266666
RHUMATOLOGUE
Dr SELID RAMY

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
6/11/2022	1		500	INPE: 091118794 Tél: 0522 266666 RHUMATOLOGUE Dr SELID RAMY
				N° ICE _____ INP _____
				N° ICE _____ INP _____
				N° ICE _____ INP _____
				N° ICE _____ INP _____
				N° ICE _____ INP _____
				N° ICE _____ INP _____
				N° ICE _____ INP _____

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Signature du pharmacien attestant le paiement N° d'autorisation à exercer au Maroc
06/11/2022	371,50	Pharmacien Round Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884 CNSS: 1187641, IF: 50905302 - Patente N°: 34306256 ICE N°: 00189777100045 INPE: 092049261
N° ICE _____	N° INP _____	
N° ICE _____	N° INP _____	
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 AM	Nombre PC	Nombre IM	Nombre IV	Montant des honoraires	Signature et cachet du participant 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

X



Quittance De Remboursement
Maladie

Société	: ST MICROELECTRONICS	N° de sinistre	: 22571623
Contrat n°	: 01 130136 / 00	N° dossier	: 6208624
N° d'affiliation	: 48847	Date de survenance	: 06/04/2022
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 12/04/2022
Assuré	: KAB Rkia	Date de	: 12/04/2022
Bénéficiaire	: KAB Rkia	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
MEDICAMENTS	371,50	371,50	0	85.00	0,00	315,77
	671,50	671,50			0,00	570,77

Observations

Informations

DOCTEUR SAID RAMI
Spécialiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont
Ferrand (France)
Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France
Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)
Rhumatalogue
Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colonnes vertebrales
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد للراسي
(اختصاصي
خريج كلية الطب بالجامعة نيلز فرنسا
طبيب ماهر سابق بمستشفيات فرنسا
أستاذ بالجامعة للطب
للتدريب الطبي
لأمراض الروماتيزم
النظام العائلي، للمضلات
المبرد للتقويم للرجل
للنعمان بالأشعة

PHARMACIE PRINCIPALE

Mohamed Said LEBBAR
Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256
ICE N° : 001897771000045
INPE : 092049261

Casablanca, le

6 / 4 / 22

N° KAB RKA

- 26,80 ₣
götolinicine: (By 13,90 ₣)
up fig 1mm
14,90 ₣
- 6,80 ₣ SAC 20 ₣ yel 1 f. 20 ₣
10,90 ₣
- Brescina 14 ₣ up le m au milie
du repas 20 ₣
14,90 ₣
pawodol: (By 14,90 ₣)
2up mat et m
- 5,30 ₣ cure 14 ₣ up 1 w f
up 1 w f
up 1 w f
371,80 ₣

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca
Tél: 0522 26 68 78
INPE: 091118794

DR SAID RAMI

GSM : 0661 42 78 23

زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78
39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78
E-mail : saidram@hotmail.fr