

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-719466

120158

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : M090		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	FADILA
Nom & Prénom : AMRIBD			
Date de naissance : 03 06 1975			
Adresse :			
Tél. 06 06 66 06 00		Total des frais engagés : Complément	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> 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'adjudication conseil de la Mutuelle.	

MUPRAS
23 JUIN 2021
H ACCUEIL H

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

Oy

Indications pratiques :

déclaration par personne.

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

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

ances pour traitements spéciaux doivent être du traitement ainsi que le coefficient d'indemnité et le détail des honoraires.

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

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

er la garantie aux enfants âgés de plus de 18 ans doit produire annuellement un justificatif de scolarité correspondant à l'année considérée.

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

ns chirurgicales : Nous fournir une facture 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 n° 1680230

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 : HANNOUNE Prénom : MOHAMMED

N°de C.I.N : BH 150125 Date de naissance : 16-06-1972

Montant des frais exposés : 291,30 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 : CASABLANCA, le 26/05/2022

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 »

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Azur alain Prénom(s) du patient : Rayan
Date de naissance : 16/03/1980 Lien de parenté avec l'assuré(e) :
Nature de la maladie : maladie de la peau
S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : assamed

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

Fait à : Le 22/07/2018

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
22/08/2017	1	Dr. EL ADNANI N°ICE : 1411111111111111 N°INP : 0011111111111111 Service des urgences CHP Mohammed Sekkai Casablanca IMPE : 0011111111111111	100,00 N° INP	Dr. EL ADNANI Abdessou N°ICE : 1411111111111111 N°INP : 0011111111111111 Service des urgences CHP Mohammed Sekkai Casablanca IMPE : 0011111111111111

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
22/05/2022	INPE 092042936	Rue 300, No 25 Hôpital Al-Sakkak Casablanca Tél. 0524217362
N° ICE	ammed RELLAH blanca	N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet ou du radio
	N° ICE _____		N° INP _____
	N° ICE _____		N° INP _____
	N° ICE _____		N° INP _____

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis Nombre de séances : _____

Facture Nombre de séances : Etabli le :
État :

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : SERMP N° de sinistre : 22710742
Contrat n° : 010 200230 / 00 N° dossier : 0446883
N° d'affiliation : 3005 Date de survenance : 22/05/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 09/06/2022
Assuré : HANNOUNE MOHAMMED Date de remboursement : 09/06/2022
Bénéficiaire : HANNOUNE RAYAN Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULTATION GENERAL	40,00	40,00	0	80.00	0,00	32,00
MEDICAMENTS	251,30	119,30	0	80.00	0,00	95,44
	291,30	159,30			0,00	127,44

Observations : nr savon+adfil

Informations :

ORDONNANCE

25 130

ALMOURI M.Y. ABDELLAH
RUE 300 N° 98 Casablanca
Tél: 05.22.21.73.00
Fax: 05.22.21.73.00
Service des drogues
CHP Mohammed VI
B.P. 123217
Almouri M.Y.
ABDELLAH
RUE 300 N° 98 Casablanca
Tél: 05.22.21.73.00
Fax: 05.22.21.73.00
Service des drogues
CHP Mohammed VI
B.P. 123217

690 ADPI



610 731; S.
Nouras

LOT 6809/FC6
03/2024 P.P.C 69.00

LOT : 5509
UT. AV : 01 - 25
P.P.V : 25 DH 00



PPU: 79.90 DH
LOT: 646024
PER: 11/22

610 731; S.
Nouras

14/2
14/2
14/2
14/2

PPV 14DH40
PER 01/25
LOT L067

05040307CP
EXP: 12/25
ALMOURI M.Y. ABDELLAH
RUE 300 N° 98 Casablanca
Tél: 05.22.21.73.00
Fax: 05.22.21.73.00
Service des drogues
CHP Mohammed VI
B.P. 123217

22 - 02 10:

Rajan

Centella

LOT 6809/FC6
03/2024 P.P.C 69.00

LOT : 5509
UT. AV : 01 - 25
P.P.V : 25 DH 00

05040307CP
EXP: 12/25

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
CHP AIN CHOCK
Reçu de M

Quittance 00703007/J

RAYAN HANOUNA

La Somme de *Quarante DT*

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
.....
.....	u
Total		40,00

