

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-597450

127562

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Mo90

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMRIBD

FADILA

Date de naissance :

03.06.1975

Adresse :

Tél. :

06.66.62.00.00

Total des frais engagés :

complément

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

lien de parenté :

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 suis conscient de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

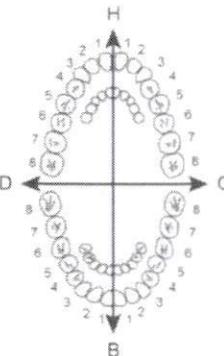
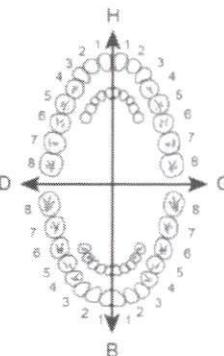
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>  (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	00000000											
G	35533411	11433553											
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	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'EXE

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 tractuels de votre contrat.

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

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

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

garantie aux enfants âgés de plus de 16 ans doivent produire annuellement un bilan scolaire correspondant à l'année considérée.

it de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime d'assurance, merci de le préciser sur le bulletin et joindre les pièces justificatives. Si cela en cours de contrat, vous devez nous joindre toutes les pièces justificatives nécessaires.

ns chirurgicales : Nous fournir une facture à 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



AE02555

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 : HANNOUVE

Prénom : MOHAMMED

N°de C.I.N : BH 1101215

Date de naissance : 16/06/72

Montant des frais exposés : 888,30 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 : 100 Sma, le 29/06/2012

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 »

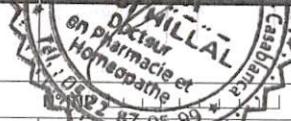
Cachet de la cellule « traitement »

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

Fait à : , le

tail 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
13/6/22	588,32	
N° ICE	092058908	
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	

N° ICE		N° INP			
N° ICE		N° INP			
Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux					
Devis	<input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :		
Facture	<input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :		
Date des soins	Nombre			Montant des honoraires	Signature et cachet du participe 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



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : SERMP N° de sinistre : 22802644
Contrat n° : 010 200230 / 00 N° dossier : 5502555
N° d'affiliation : 3005 Date de survenance : 29/06/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 31/07/2022
Assuré : HANNOUNE MOHAMMED Date de remboursement : 01/08/2022
Bénéficiaire : HANNOUNE MOHAMMED Médecin : *****

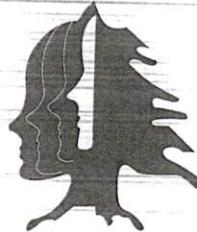
Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	80.00	0,00	240,00
MEDICAMENTS	588,30	171,10	0	80.00	0,00	136,88
	888,30	471,10			0,00	376,88

Observations : nr produits cosmétiques

Informations :

Dr. Ahmad DAABOUL
Spécialiste

Dermatologie - Cosmétologie
Vénérologie - Allergologie
Médecin Esthétique & Anti-âge
Mésothérapie - LASER



الدكتور أحمد دعبول
إختصاصي

في أمراض و جراحة الجلد
والشعر والأضافر - الليزر
الطب التجميلي



Casablanca, le 13 juin 2022

611 800115 012 0
DIPROLENE 0,05% Pommade 15g
P.P.V : 23,90DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

Mr. HANNOUNE Mohammed

23.90 x 2 = 47.80
23.9 ~~17~~ DIPROLENE POMMADÉ

matin et soir pour 10 jours
le soir pour 10 jours
un soir sur deux pour 10 jour
sur les lésions

195,35

2/ SECALIA ULTRA LAIT EMOLIENT INTENSE

matin et soir

75,70

3/ XYCET

1 comp le soir

139,65
4/ ICKAPIL KR SHAMPOOING

02 applications par semaine

89,00

5/ OXYMAG

1 tab le soir

S.V

S.P

S.V

S.P

S.P

Dr. DAABOUL Ahmad
Dermatologie - Cosmétologie
Médecine Esthétique - LASER
806, Bd El Gueddah Chraïa Appt N°1
Casablanca, Tel. (0522) 21 21 31



date :
(DH)

588,70