

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Complément Déclaration de Maladie

N° W21-773321

142853

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSSI Abdelmajid

Date de naissance : 23, 12-80 FLEURY, APT 28

Adresse : 120000

Tél. : 0660 30 82 26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : KHAYER NADIA 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 : Casablanca Le : 1/1

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-773321

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

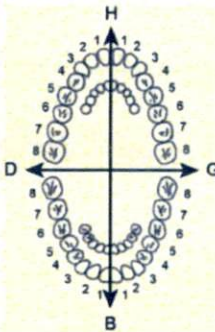
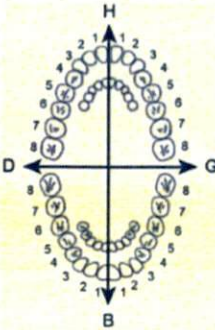
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<div style="text-align: center;"> H <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				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'EXECUTION

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 lectures 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 préserver 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 lecture 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.



5846206
Déclaration maladie



AF69772

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 : KHAYER

Prénom

NADIA

N° de C.I.N. CC9784

Date de naissance

10/10/1980

Montant des frais exposés

889,00

OH

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

Ksila

09 M. 2022

Signature de l'assuré(e)

[Signature]

Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assuré 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 aux tiers n'est limitée que par les obligations légales ou réglementaires qui s'appliquent à l'assureur et aux tiers également autorisés à utiliser les dites 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 est réservé à des tiers autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles ont reçu leurs obligations relatives au respect de la protection des données et s'y conforment.

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 : 128-128 Avenue Hassan II - 20 200 Casablanca.

De manière explicite, l'assuré s'engage à informer l'assureur de tout changement de ses données personnelles et de les transmettre en cas de besoin à l'assureur. L'assureur s'engage à ne pas divulguer les données personnelles à des tiers non autorisés.

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 CNOP sous le N° : AA-143/2011.

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereau »

Cachet de la cellule « traitement »



N°

Nom de l'assuré

Bénéficiaire

Frais exposés

N° du sinistre

Matricule

Liende parenté

Date du dépôt du dossier

Numéro du bordereau

Numéro d'ordre

Date des soins

À remplir par le Médecin

Indiquer le nom du patient

Nom du patient: *K. Hayer*

Date de naissance

Numéro de sécurité sociale

Indiquer le lieu de naissance, en indiquant la date

Date: *26.10.2022*

Début des soins (à remplir par le Médecin)

Date de l'acte	Montant décaissé	Montant décaissé des honoraires	Signature et cachet du médecin
<i>26/10/22</i>	<i>300,00</i>	<i>300,00</i>	<i>[Signature]</i>

29/10/22

Fin des soins (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'acte	Montant décaissé	Montant décaissé des honoraires	Signature et cachet du pharmacien
<i>29.10.22</i>	<i>235,00</i>	<i>235,00</i>	<i>[Signature]</i>

N° ICE

N° ICE

N° ICE

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des constatations	Montant des honoraires	Signature et cachet du médecin
<i>27/10/22</i>	<i>B180</i>	<i>251,20</i>	<i>[Signature]</i>
N° ICE	<i>00154602000061</i>		
N° ICE			
N° ICE			

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Dévis	Nombre de séances	Établi le
Facture	Nombre de séances	Établi le

Date des soins	Montant des honoraires	Signature et cachet du pharmacien
N° ICE		
N° ICE		
N° ICE		
N° ICE		

Gedre rimboursé à AXA Assurances Maroc

Indiquer le code

Fiche dossier

X

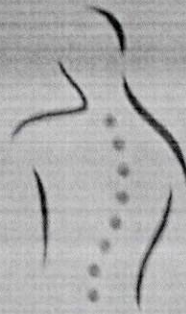
Remarque: à remplir par l'intermédiaire

Scanned by TapScanner

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 26/10/22 في الدار البيضاء

7^e Khayer

Nadia

VS

GOT, GPT, γ GT

Dr. Hasna AZMI
Rhumatologue
14. Bd. de Paris
CASABLANCA

14. شارع باريس، الطابق الثاني، الدار البيضاء. الهاتف 212 5 22 48 04 04 البريد الإلكتروني cabinetrhumatologie14@gmail.com

14, Boulevard de Paris, 2^{ème} étage, Casablanca. Tél. +212 5 22 48 04 04 - E-mail : cabinetrhumatologie14@gmail.com



مختبر الغرب (متروبول) للتحليلات الطبية

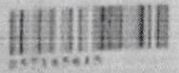
LABORATOIRE DU GHARB (METROPOLE) D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Amina KHARRAZ

Biologiste Médical
D.E.U. en Médecine et Biologie
de la reproduction Assistance
médicale à la procréation

Biologie de la reproduction (FIV) - Biologie spécialisée

Fondé en 1987



Donnée reçue le : 27/10/22

Examen effectué le : 27/10/22

Émission du : 27/10/22

Madame KHAYER NADIA

Dacteur HASNA AZMI

N° : 22J1034

22J1034

Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 - heure 4 mm
2 - heure 8 mm

Normales Antécédents

16/03/2022

< 10

< 20

BIOCHIMIE

(Beckman Coulter)

Gamma G T 27,6 U/L

< 38

28/03/2022

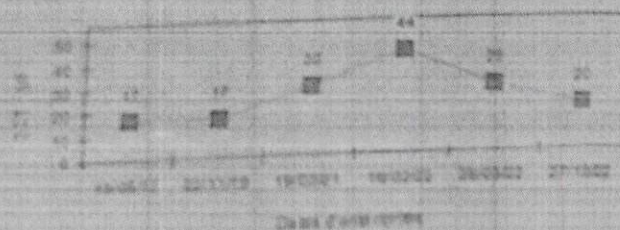
11.1

Yantraux pharmacologiques
Prise de médicaments (> 20 à 100 %)
Anticoagulants (> 20 à 100 %)
Antidépresseurs (< 150 %)
Antidépresseurs (< 100 %)
Contraceptifs oraux (< 25 %)

Transaminases - SGOT / ASAT 20 U/L

< 35

29





Dr. Amina KHARRAZ

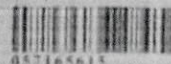
Biologiste médical
DU en médecine et biologie
de la reproduction Assistance
médicale à la procréation

مختبر الغرب (متروبول) للتحليلات الطبية

LABORATOIRE DU GHARB (MÉTROPOLE) D'ANALYSES MÉDICALES

Biologie de la reproduction (FIV) - Biologie spécialisée

Fondé en 1987



Kénitra le 27 octobre 2022

Madame KHAYER NADIA

FACTURE N° 31145

Analyses :

Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Gamma -G.T. -----	B	50	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	Total : B 180

Prélèvements :

Sang-----	K	1	
-----------	---	---	--

TOTAL DOSSIER

251.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Cinquante et Un Dirhams et Vingt Centimes

Dr. Amina KHARRAZ
Biologiste Médical
Lab. Gharb Analyse médicale
INPE: 057165615

Angle Av. Med. V et Rue Sebta 1^{er} Etage (café METROPOLE) - Kénitra

Tél.: 05 37 37 21 17 - ICE : 001754602000061 - Patente : 20811990 - I.F : 15205373 - C.N.S.S. : 1233684

: laboratoiredugharb@gmail.com

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 29/10/2023 الدار البيضاء

89.50 7^e Khayer

1- Curagyl D₃ (1 flacon)

8"051128"635522"

220040

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC 89,50 DH

02/2025

glles 1/2 le matin

p. repas

Centre Ville
DR. BEN N. SSAOUD
Tel.: 05 37 37 67 29 / Kenitra

un morceau

PPC: 149,50 DH

Lot:
A consommer de
préférence avant le:

2 149,50 3

Curarti

1 ep x 2 1/2 matin
2 ep. repas x 3 soir

14, Boulevard de Paris, 2^{ème} étage, Casablanca. Tel: +212 5 22 48 04 04 - E-mail: cabinetrhumatologie14@gmail.com
Boulevard de Paris, 2^{ème} étage, Casablanca. Tel: +212 5 22 48 04 04 - E-mail: cabinetrhumatologie14@gmail.com

Tot: 239,00



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD
Contrat n° : 010 070171 / 00
N° d'affiliation : 2648
Matricule Société : 0
Assuré : KHAYER NADIA
Bénéficiaire : KHAYER NADIA

N° de sinistre : 92393009
N° dossier : 7769772
Date de survenance : 26/10/2022
Date de traitement : 09/11/2022
Date de remboursement : 10/11/2022
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	90.00	0,00	270,00
ANALYSES B	251,20	251,20	0	90.00	0,00	226,08
PRESTATIONS NON REMB	239,00	239,00	0	0.00	0,00	0,00
	790,20	790,20			0,00	496,08

Observations : nr curogyl + curarti

Informations :