

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.



Déclaration de Maladie

W21-834931

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9715 Société : RAH

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 192666

Tél. : 9682 Total des frais engagés : Complément

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa Le : 02/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

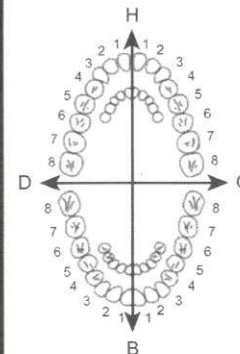
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

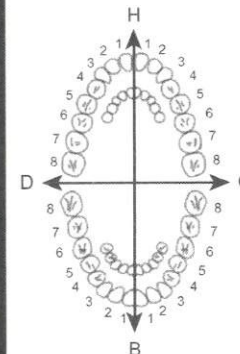
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

COEFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 93757960
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 9557956
N° d'affiliation : 399 Réf dossier : BB57956
Matricule Société : 0 Date de survenance : 30/11/2023
CIN : BE594123 Date de traitement : 10/01/2024
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 10/01/2024
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Code agence : 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
K SPECIALISTE	300,00	300,00	0	80.00	0,00	240,00
SEANCES DE KINESITHE	1 500,00	1 500,00	10	80.00	0,00	1 200,00
	1 800,00	1 800,00			0,00	1 440,00

Observations :

Informations :



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 30/11/2023

MATJIDA JNAÏNE

Ablatm platm

Pr. BENAMEUR Hamza
Pr Agrégé en
Traumatologie Orthopédie
INPE: 091211201
Tél: 0661.195.177



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 30/12/2023
Mme STASSIDA JNAINY

Reéducation fonctionnelle
de la Cheville

- ↳ Amplitude articulaire
- ↳ Renforcement musculaire
- ↳ Proprioception

(20 séances, du 3/1/2024 au 1/2/2024)

N° **53.561 / 2023** du **30/11/2023**

Entrée 30/11/2023

Sortie 30/11/2023

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			300,00		300,00	0,00

Hôpital Universitaire
Internationaal * Mohammed VI
Congrès International de Neurologie

SPECIALISTE EN :

- REED UROGYNECOLOGIQUE
- REED RESPERATOIRE
- KINE PEDIATRIQUE
- THERAPIE ESTHETIQUE & CHIRURGIE PLASTIQUE
- REED & PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN
- REED DU SYSTEME CIRCULATOIRE
- SOPHROLOGIE & GESTION DU STRESS

Casablanca, le 28/12/2023

FACTURE N°37/2023

Montant net 214

Reçu de la

Cher. Dr. D. L.

au 28/12/2023

M. Nadjia Tnamy

22 Benamer Hamza

Avec mes remerciements

ZINEB IBENKHAHAYAT

ZINEB IBENKHAHAYAT
Kinésithérapeute
022 82 44 76

1	21/12
2	21/12
3	21/12
4	21/12
5	21/12
6	21/12
7	21/12
8	21/12
9	21/12
10	21/12

ZINEB IBENKHAHAYAT
KINESITHERAPEUTE
SOPHROLOGUE
DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE
ALFONSO X A MADRID
ANCIENNE ATTACHEE A
HOPITAL NEKER A PARIS

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Prénom(s) du patient :
 Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie :
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :
 Fait à : le

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
30/11/23	6		6	
N° ICE		N° INP		
N° ICE		N° INP		

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
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Devis ☐ Nombre de séances : Établi le :

Facture ☐ Nombre de séances : Établi le :

Date des soins	Nbre AM PC IM IV	Montant des honoraires	Signature et cachet du particien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
30/11/82	Ablain de Raf	300DH	[Signature]
BENKHAYAT Kinésithérapeute Sopmologue 022 82 44 76	N° ICE [] IBENKHAYAT Kinésithérapeute Sopmologue 022 82 44 76	N° INP [] 150dh	Imp: 065063539 Zineb IBENKHAYAT Kinésithérapeute Sopmologue Tél 022 82 44 76
		150 x 10 = 1500dh.	
	N° ICE []	N° INP []	

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------



Déclaration maladie



BB57956

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
VARUN BEVERAGES MOROCCO
Z.I. Bouskoura 27182 BP 408 - Casa
Tél: 0529 05 29 99 / 0529 05 30 00
Fax: 0529 05 30 30
Service Formation

À remplir par l'assuré

Nom : Prénom :
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 : le

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 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 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 »