

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

- 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.

PR4FR05 / V2 / 20-10-2023

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e) **9715** Société : **RAM**

Matricule : **9715** Membre : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre : **MAS BAR Mohamed**

Nom & Prénom : **MAS BAR Mohamed**

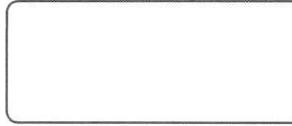
Date de naissance : **19/06/66**

Adresse : **192666**

Tél. : **9687** Total des frais engagés : **1000000**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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^{te} 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 : **Alger** Le : **02/01/24**

Signature de l'adhérent(e) : **MASS BAR MOHAMED**

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

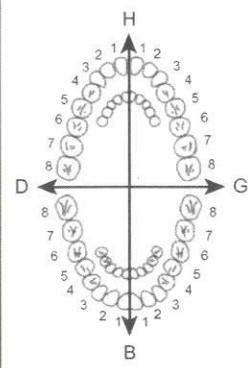
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

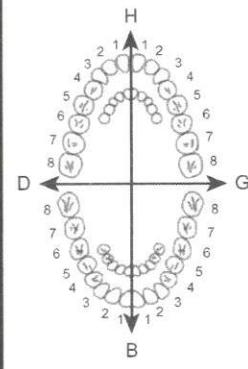
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction) Montant des Honoraires

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

MONTAN
DES SOIN

DEBU'
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

CŒFFICIE
DES TRAV/

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUTI



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

MAJIDA JNAÏF

Ablation phalange

Pr. BENAMEUR Nizar
Pr. Agrégé en
Traumatologie Orthopédie
INPE:091211201
Tél:0661 195.177

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79  : www.hm6.ma



ORDONNANCE

Bouskoura, le :

30 Juillet 2003 JNAME

Reéducation fonctionnelle

de la Cheville

→ Splintered fracture

CD Replace et stabilise

CD Provisoire

(10 sessions, la 3/Semaine),

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300278904

F A C T U R E

N° 53.561 / 2023 du 30/11/2023

Nom patient : **JNAINY MAJIDA**

Entrée 30/11/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 30/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Ablation de plâtre	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

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

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Casablanca - Maroc
Tél: +212 524 12 12 22

AVEC mes remerciements ZINEB IBENKHYAT

Date des séances	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1/12	2/12	3/12	4/12	5/12	6/12	7/12	8/12	9/12	10/12
------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Adresser à

Sur ordonnance du docteur

Durant la période du

— ap some et

HOPITA

ALFONSUS

ANSWER

גנומקס

YINER LIB

Centre de kinésithérapie

Casa Blanca, le 28 Juillet 1923

SPECIALISTE EN : SOPHROLOGIE & GESTION DU STRESS ←
REED DU SYSTÈME CIRCUULATIREE ←
REED & PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN ←
THERAPIE ESTHÉTIQUE & CHIRURGIE PLASTIQUE ←
KINE PEDIATRIQUE ←
REED RESPIRATOIRE ←
REED URGOGYNECOLOGIQUE ←
SPECIALISTE EN :

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE
ALFONSO X A MADRID
ANCIENNE ATTACHEE A
L'HOPITAL NECKER 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)

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

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 :

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

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 0399
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc _____



À remplir par l'assuré

Nom : JNA SNI Prénom : Majd
N°de C.I.N : _____ Date de naissance : _____
Montant des frais exposés : 1800,00 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 29/12/2023

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.

04/20
Réf. : G00 1021
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 »