

# 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.

### Maladie

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3566 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUARRABI YED SALAH

Date de naissance : 11.3.58

Adresse : Hôpital de la

Tél. : 0661131384 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MELIA KHABIR JAH Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

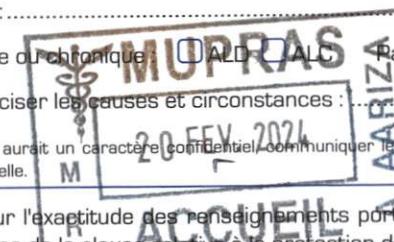
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CPSA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : M



ACCUEIL

AARIZA

#### **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 - 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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

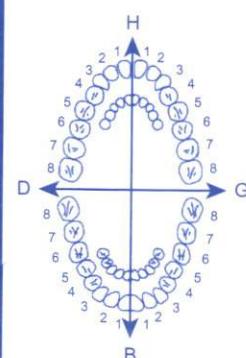
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternité

Société	: GENESCO	N° de sinistre	: 93505247
Contrat n°	: 010 060089 / 00	N° dossier	: 8915898
N° d'affiliation	: 13	Réf dossier	: AP15898
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 16/09/2023
CIN	:	Date de traitement	: 30/10/2023
Assuré	: MEZIAT KHADIJA	Date de remboursement	: 09/02/2024
Bénéficiaire	: MEZIAT KHADIJA	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
MEDICAMENTS	328,00	328,00	0	85,00	0,00	278,80
CONSULT° SPECIALISTE	200,00	200,00	0	85,00	0,00	170,00
	528,00	528,00			0,00	448,80

Observations :

Informations :



## Déclaration maladie



AP15898

— À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie 010 06008600

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 : MEZIA T Prénom : Khatijah  
N° de C.I.N. : BE 641679 Date de naissance : 16/10/23  
Montant des frais exposés : 52800 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 20/09/23

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 »

N° :

Nom de l'assuré : Meziat

Bénéficiaire

Frais exposés : 52800 Dh

N° du sinistre :

Matriucle : 13

Lien de parenté : v

Date du dépôt du dossier : 20/09/23 Numéro d'ordre :

Numéro du bordereau :

Date des soins : 16/09/23

**À remplir par le Médecin**

### Renseignements concernant le patient

Nom du patient :

Prénom(s) du patient :

Date de naissance

Date de Naissance :

### Nature de la maladie

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

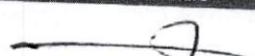
Fait à

le

**Détail des soins (à remplir par le Médecin)**

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Sigature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
19 SEP. 2023	1	C 20	150	CE INPEL 081779354 CASA 001700021000027
				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
16/03/2023	328,-	
N° ICE	49203764 INP	
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	

# عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسيّة I

Docteur Razik Abdallah  
Spécialiste Maladies et  
Chirurgie des Yeux  
Ex. Médecin des F.A.R.  
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août  
Chirurgie Cataracte - Implant -  
Glaucome - Strabisme - Laser -  
Angiographie - Traumatisme  
LASIK



الدكتور عبد الله رازق  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت  
جراحة الجلاستة - العدسة - نظارات  
الحول - مالك المدروغ - فحص وراديو الشبكة -  
علاج الشبكة الصابحة بالسكري بالليزر  
فحص قصر النظر  
فحص لرخصة القيادة

## لا نفي تاريخ الفحص

16/09/2023

Casablanca, le: ..... الدار البيضاء، في

MEZIAT Khadija

### CHIBROXINE COLLYRE (Norfloxacine) 0,3%

goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

### NAABAK 10ml COLLYRE (N-acétylaspartylglu)

goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pendant 2 mois

### STERDEX POMMADE (Oxytétracycl.Dexaméth)

application, le soir, dans les deux yeux,

### BEXAFREE 1mg/ml collyre en solution

goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

### PHYLARM 10ml (Solut° isotonique de NaCl)

الرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتس اپ

شارع أبي شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسي

الدار البيضاء - أهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.28.56.98 / 0522.85.18.18

Dr. RAZIK Abdallah  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tel: 0522 25 56 96 / 0522 85 18 18 - Casablanca  
INPE: 09 11 19 354  
ICE: 001700210000627

Dr. RAZIK  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tel: 0522 25 56 96 / 0522 85 18 18 - Casablanca  
INPE: 09 11 19 354  
ICE: 001700210000627

3281

**Ster**

htalmique en récipient

نوع العلاج  
ستيرل

TS INDÉSIRABLE  
يُطلب من الطبيب  
الإفادة  
عما إذا كان المرض  
غير مرضٍ مزمنٍ

يُطلب من الطبيب  
الإفادة  
عما إذا كان المرض  
غير مرضٍ مزمنٍ

Votre médecin  
FÉNOL, collerette  
NOTICE : INFORMATION DE FUTURISAT DU  
Laboratoire :  
Laboratoires THEA  
12, rue Louis Blériot - 63017  
Clermont-Ferrand Cedex 2 - France  
Fabricant :  
EXCELVISION - 27 Rue de la  
Lombardière - Zi la Lombardière  
07100 Annonay - France

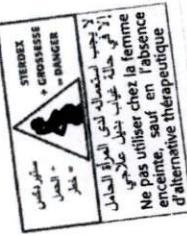
CHIBROXINE 0,3%  
6 118001107081  
Collerette. Flacon de 5 ml. PPV : 24,50 DH

NOTICE : INFORMATION DE FUTURISAT DU  
0,3 POUR CENT,  
Chibroxine®  
collerette en solution,  
flacon de 5 ml  
Norfloxaciné

**Sterdex®**  
12 récipients unidoses



STERDEX®  
pommade oculaire 0,257 mg/  
Dexamétasone 1,33 mg  
PPV : 26,40 DH  
6 118001 100518



contient 15 mg de  
protection contre les  
inflammations et le  
traitement de la  
maladie. Il est recommandé  
à un patient par jour.  
contient 15 mg de  
réaction contre les  
inflammations et le  
traitement de la  
maladie. Il est recommandé  
à un patient par jour.  
contient 15 mg de  
réaction contre les  
inflammations et le  
traitement de la  
maladie. Il est recommandé  
à un patient par jour.  
contient 15 mg de  
réaction contre les  
inflammations et le  
traitement de la  
maladie. Il est recommandé  
à un patient par jour.  
contient 15 mg de  
réaction contre les  
inflammations et le  
traitement de la  
maladie. Il est recommandé  
à un patient par jour.

une fois réalisée.  
à notre pharmacien.

isoler votre médecine.  
est nécessaire.  
e passage non négligeable du  
s l'application de la pomme

pour éviter toute contamination  
microbienne de l'œil.

assurer cette stérilité, la plupart

DEMANDER L'AV DE

pour éviter toute contamination  
microbienne de l'œil.  
assurer cette stérilité, la plupart

23379100

Date de première ouverture :  
فرance - 21/10/2017  
مالي - 21/10/2017

6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUKI

Thed

N455C10CMWAX1020

26088003

Lot / Fab / EXP :

5990

12 2021

12 2024



6 118001 102860  
DEXAFREE 1 mg/ml  
Collyre 0,4 ml - PPV : 7,20 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUKI

3 518646 267352

LOT W 023 870 2023 01  
2025 12

MD CE 0459

STERILE A