

# 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.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

UPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0014830

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3523

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Rés. Raoud El Aghar Rue Ibnou Hazem Apt.

Tél. : B 102 Madrid Total des frais engagés : 1495,60 Dhs

Examen

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

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 : 13/11/2019

Signature de l'adhérent[e] :

[Signature]

[Signature]

[Signature]

tions pratiques :

laration par personne.

énoms de la personne malade doivent obligatoirement par les praticiens eux-mêmes être transmises.

maladie » doit être transmis dans les termes de votre contrat.

es pour traitements spéciaux doivent être du traitement ainsi que le coefficient et le détail des honoraires.

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

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

a garantie aux enfants âgés de plus de 16 ans doit produire annuellement un scolarité correspondant à l'année considérée.

l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime social, merci de le préciser sur le bulletin d'adhésion les pièces justificatives. Si cela cours de contrat, vous devez nous fournir toutes les pièces justificatives nécessaires.

chirurgicales : Nous fournir une facture 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 n° 1628903

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

23017

À remplir par l'assuré

Nom : KA BBAJ Prénom : HILAL

N°de C.I.N : G 5139 Date de naissance : 03/01/1944

Montant des frais exposés : 4128,00 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 : CASABLANCA, le 10 Octobre 2019

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 prospection commerciale 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 »

Nom du patient : ABBAJ

Prénom(s) du patient : MOHAMED BEN LAR

Liens de parenté avec l'assuré(e) : ...

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Nature de la maladie : .....

Fait à : canalisation, le 03/01/2019

**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
09/10/19	3500,00 N° ICE 001834000007810	N° INP 09/10/2019
N° ICE		
03/10/2019	628,00	<p>N° INP</p> <p><b>PHARMACIE BELKHAYAT</b>  Rte. d'Azemmour Soualem  Doudi Ibrahim Traifia  Gsm : 06 89 25 05 44  Tél 05 22 77 78</p>
N° ICE		

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du la 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 : ..... Etabli le : .....

Devis       Facture      Nombre de séances : .....      Établi le : .....

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du p N° d'autorisation d'exerce
	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



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 0004923

Date : 09.10.2019

Mr:

KABIB J Mohamed Hidal

Docteur:

Type des Verres :

Polygonal Argentique AR

Monture :

optique

Moon

\* Vision de Loin :

OD Axe 90° cyl -2m sph +0.75 Montant

OG Axe 85° cyl -1m sph -0.25 Montant

\* Vision de Prés :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OG Axe ..... Cyl ..... Sph .....

Add: +3.00 Montant:

3500m

trois mille cinq cent dinars

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C: 242426

T.P: 023451 - Patente: 30057211

# Docteur Mohamed GUESSOUS

## Spécialiste en Ophthalmologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon (France)  
 Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon (France)  
 Ancien Attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc  
 Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Maladies et Microchirurgies des Yeux  
 Chirurgie de la cataracte par phacoemulsification  
 Laser Argon et yag - Explorations Oculaires  
 Lentilles de Contact - Chirurgie de la Myopie au Laser

MEDECIN EXPERT ASSERMENTÉ AUPRES DES TRIBUNAUX

# الدكتور محمد غسوس

## إخصائي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)  
 ملحق سابقاً بمستشفيات بليون  
 اختصاصي سابقاً بالمستشفيات العسكرية بالمغرب  
 عضو بالهيئة الفرنسية لطب العيون

أمراض وجراحة العيون  
 جراحة الجلالة بالليزر  
 أشعة الليزر - تحاليل العين  
 العدسات اللاصقة - جراحة البصر بالليزر  
 طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Mr Melle Mme Enfant:

Age :

KABBANI Mohamed Hilal

### A. Prescription de Verres

Organiques  Progressifs  Blancs  Avec Monture  
 Minéraux  Bifocaux  Photochromiques   
 Amincis  Unifocaux  Teintés   
 2 Montures Separées  Traités Anti-reflet

Vision de Loin

Oeil Droit: +0.75 (-2)

Oeil Gauche: -0.75 (-2)

Vision de Près

Oeil Droit: +3.00

Oeil Gauche: +3.00

### B. Instiller aux 2 yeux

PHARMACIE BEIKHAYA  
 Rte. d'Azemmour Soualem  
 Douar Librairie Traïna  
 GSM : 06.69.25.05.44  
 Tél : 05.22.99.44.77  
 Dr. GUESSOUS Mohamed  
 Maladie et Chirurgie des Yeux  
 Expert Assermenté près des tribunaux  
 5 Rue Ibn Nafiss Casablanca  
 Tel : 0522.98.15.81 Fax : 0522.98.15.81

$$157,00 \times 4 = 628,00$$

$$T = 628,00$$

S.V

3600  
3500  
3500  
3850  
628  
4478

إقامة بن عمر - زنقة ابن نفيس - عمارة ب المعاريف - الدار البيضاء

Résidence Ben Omar - 5.Rue Ibnou Nafiss - Porte «B» - Maârif - Casablanca

Tel.: 0522 98 15 81      الهاتف: 0522.98.15.81      Fax: 0522.98.15.81      المسنجلات: 0661.18.75.42      Urgences: 0661.18.75.42

Email: dr.guessous@hotmail.com



# Quittance de remboursement

Maladie-Maternité

Société : SAHAM ASSURANCE  
Contrat n° : 010 040036/07  
N° d'affiliation : 023017  
Matricule société : 000000  
Assuré : KABBAJ MOHAMMED HILAL  
Bénéficiaire : KABBAJ MOHAMMED HILAL

N° de sinistre : 19464837  
N° dossier :  
Date de survenance : 3/10/2019  
Date de traitement : 25/10/2019  
Date de remboursement : 25/10/2019  
Médecin : GUESSOUS

Nature des prestations	Dépense réelles en dh	Base de remboursement	Cot. (nbre.)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250, 00	250, 00	000	80, 00	0, 00	200, 00
AM AUXIL MEDICAL AMM	100, 00	100, 00	000	80, 00	0, 00	80, 00
MEDICAMENTS	628, 00	628, 00	000	80, 00	0, 00	502, 40
MONTURE	1. 100, 00	916, 66	000	80, 00	0, 00	600, 00
VERRES	2. 400, 00	2. 000, 00	000	80, 00	0, 00	1. 600, 00
<b>Total</b>	<b>4. 478, 00</b>	<b>3. 894, 66</b>			<b>0, 00</b>	<b>2. 982, 40</b>
Observations :	TTC : tva					
Informations :						

AXA Assurance Maroc : 120-122, Avenue Hassan II - Casablanca 20000 - Maroc  
Téléphone : +212 (0) 5 22 88 92 92 - Fax : +212 (0) 5 22 88 91 88 - internet : [www.axa.ma](http://www.axa.ma)

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

S.A. au capital de 900 000 000,00 dh - R.C. 34221 Casablanca - Patente 35502711 - I.F. 01085109 - C.N.S.S. 1087255 - ICE 000083794000087