

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



173261

Déclaration de Maladie : N° S19-0046198

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8874 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOU EL FADEL Rachid Date de naissance : 7/12/66

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 12.550 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : 28 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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

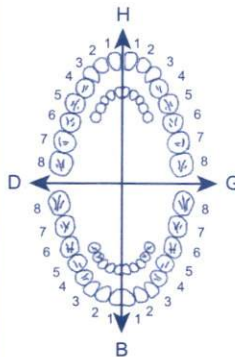
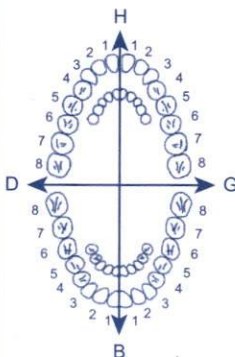
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
					MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

17 juin 2023

Mme ABOU EL FADEL Sandrine

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

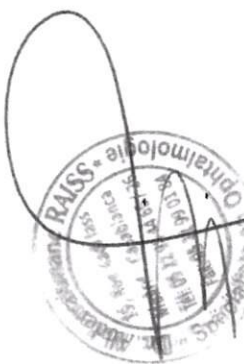
OD = - 6.50 (- 0.75 à 20°)

OG = - 7.75 (- 2.00 à 150°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

OPTIC MEGASTONE MOROCCO MAIL
Opticien
Centre d'Ophtalmologie de Casablanca
Boulevard de l'Océan Air Diab - Casablanca
Tél : 05 22 79 65 79 - Fax : 05 22 79 66 79
IGF : 001346360000097



adations pratiques :
l'claration par personne.

prénoms de la personne malade doivent
obligatoirement par les praticiens eux-
chaque pièce transmise.
« Maladie » doit être transmis dans les
actuels de votre contrat.

ances pour traitements spéciaux doivent
ature du traitement ainsi que le coefficient
tant et le détail des honoraires.

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

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

r la garantie aux enfants âgés de plus de
nérent doit produire annuellement un
scolarité correspondant à l'année
considérée.

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

chirurgicales : Nous fournir une facture
clinique ou de l'hôpital précisant :

- Les honoraires du chirurgien et les coefficients
des actes « K » correspondant à l'intervention.
- La ventilation des frais annexes (anesthésie,
bloc opératoire etc...)
- Le nombre de jours d'hospitalisation et le
compte rendu.
- 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



AP84201

À remplir par la société contractante

Número de police / catégorie :
Número du bordereau :
Número du sinistre :
Matricule de l'assuré : **049002**
Número d'affiliation à AXA Assurance Maroc :

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom : **ABOU EL FADEL** Prénom : **SANDRINE**
N° de C.I.N : **BE 286395** Date de naissance : **07/08/1967**
Montant des frais exposés : **12 550,00** 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 **25/07/2023**

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.

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 »



Quittance De Remboursement
Maladie Maternité

Société	: ST MICROELECTRONICS	N° de sinistre	: 23994373
Contrat n°	: 010 130005 / 00	N° dossier	: 000203
N° d'affiliation	: 49002	Réf dossier	: AP84201
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 17/06/2023
CIN	: BE28639S	Date de traitement	: 03/08/2023
Assuré	: ABOU EL FADEL SANDRINE	Date de remboursement	: 11/08/2023
Bénéficiaire	: ABOU EL FADEL SANDRINE	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	85.00	0,00	255,00
MONTURE	1 000,00	833,33	0	85.00	0,00	708,33
VERRES	11 250,00	9 375,00	0	85.00	0,00	3 000,00
	12 550,00	10 508,33			0,00	3 963,33

Observations : nr:tva

Informations :