

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-586843

Dossier pour Complément

☐ Maladie	☐ Dentaire	☐ Optique	☐ Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6012	Société : RAN 54069		
☐ Actif	☒ Pensionné(e)	☐ Autre :	
Nom & Prénom : BENABDEKRAZIE KARIMA			
Date de naissance : 29/11/1960			
Adresse : Vg 45, Résidence Dar El Kenz - Dar Bouazza			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

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 :

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 : 21/11/2020

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE Assurance Maladie - Maternité



ait des conditions générales

ement des prestations et remise des pièces justificatives

e maladie ou d'accident pour l'Assuré le droit à oursement, celui-ci est remettre à l'Assureur par ediaire de la Contractante, 30 jours qui suivent la e visite du médecin, une on sur un imprimé ar l'Assureur.

Toutes pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'Assureur trois mois au plus tard après la date de consultation.

Si les soins durent plus de 3 mois, l'assuré est tenu d'adresser à l'Assureur une facture partielle au

plus tard à la fin de chaque mois suivant chaque période de 3 mois.

Les pièces comportant des indications confidentielles sur les maladies sont transmises sous pli cacheté à l'intention du Médecin Conseil.

criptions diverses

la personne traitée e d'un régime de nce, l'assuré devra à l'Assureur les pies des pièces ives et l'original du e de règlement délivré anisme payeur.

res de pharmacie, notes d'analyses ou traitements oivent toujours être gnées des ordonnances cin qui les a prescrites.

3 Les vignettes Prix Public de Vente «PPV» concernant les médicaments doivent être jointes aux ordonnances.

4 Pour les extractions multiples au-dessus de 5 dents, les soins en série, parodontoses et radios (plus de 2 par séance), l'accord préalable de l'Assureur est requis.

5 L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

6 Toutes pièces justificatives remises à l'occasion d'un sinistre sont conservées par l'Assureur.

7 En cas d'intervention chirurgicale, faire indiquer sur la note de la clinique :
* les honoraires du chirurgien ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention,
* la ventilation des frais annexes, aides, anesthésie, etc.,
* le nombre de jours d'hospitalisation,
* le détail des fournitures pharmaceutiques.

L'établissement de la déclaration de sinistre s'impose par personne traitée et par événement (Maladie ou Accident).

Allianz Maroc - 166-168 Boulevard Mohamed Zerkouni 20060, Casablanca - Maroc
ne au capital de 147 000 000 Dirhams entièrement versés - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
ablanca N° 23.041 - Id. Fiscal N° 01084928 - TP N° 37 992 960 - C.N.S.S N° 1160952 - ICE N° 001536538000083
+212 (0) 522 49 97 00 - Fax: +212 (0) 522 22 55 21 - Site web : www.allianz.ma - Centre Relation Client : 0801 00 18 18

MOD 109 / version 11-2016 / DLT / 50 000 / 13.09.2019

À remplir par la contractante

Cachet de la contractante

Numéro de police

Numéro d'affiliation de l'assuré

À remplir par l'assuré(e)

Nom et Prénom de l'assuré

LAOUFIR SIF-EDDINE

Date des soins

14-12-20

Montant des frais exposés (DH)

3200,00 DH

Signature de l'assuré(e)

À remplir par le médecin traitant

Nom et Prénom de la personne traitée

LAOUFIR Sif eddine

Age

Lien de parenté avec l'assuré

Date de la première visite du médecin

Nature de la maladie ou de l'accident

P.D

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Durée approximative de l'incapacité et des soins

Signature et cachet du médecin

A

LABA

Le

14-12-20

Réservé à l'assureur

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement

Relevé de frais d'honoraires

Date des actes	Nature des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires (DH)	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes

Exécution des ordonnances

Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Montant de la facture (DH)

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires (DH)	Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue

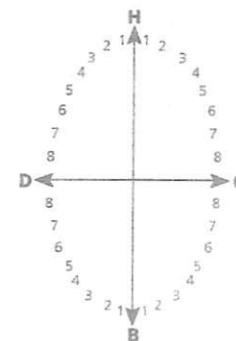
Actes Médicaux ou Para Médicaux - Auxiliaires Médicaux

Date des soins	Coefficients	AM	Nombre PC	IM	IV	Montant détaillé des honoraires (DH)	Cachet et signature du praticien

Déclaration de Soins et Prothèses Dentaires (à remplir par le praticien)

Soins dentaires

Interventions



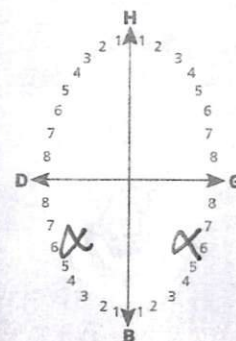
Dents traitées	Date des soins	Nature de l'intervention	Coefficient	
				Coefficient des trav
				Montant des soins
				Date de la proposi
				Date de l'exécution

O.D.F. et Prothèses Dentaires

Détermination du coefficient masticaire

H	G
25533412	221433552
D 00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	111433553
B	

(Création, remont, adjonction).
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession



mise en place	Coefficient des trav
1 scellée 2 dents	
	Montant des soins
	Date de la proposi
	Date de l'exécution

Visa et cachet du praticien attestant la proposition

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

NEXTCARE MAROC

NEXTCARE MOROCCO
209, Boulevard d'Anfa, 5eme etage, N 15, Maarif
Casablanca
24 Heure Centre d'Appels
Tél: 212-52-2950433 Fax: 0522 36 06 11
Email:

**Détails du Décompte de Remboursement*****T45D2ID11056367***

Payeur:	Allianz Maroc	Date:	28/12/2020
Police:	SANAD ASSUANCES	Police #:	1403471
Sous Contrat:	SANAD ASSUANCES	Matricule	328
Adhérent:	SIF EDDINE LAOUFIR	Carte #:	8273-6EED-64FC-7F0F
Transaction #:	12925039	OP #:	11056367

Bordereau#:	10055222	Date Réception:	21/12/2020	Libellé:	1403471 / BD
-------------	----------	-----------------	------------	----------	--------------

Cher(e) **SIF EDDINE LAOUFIR**

Merci de nous avoir envoyé votre demande de remboursement. Veuillez trouver ci-dessous le détail des paiements selon les conditions et les termes de votre contrat.

Bénéficiaire: SIF EDDINE LAOUFIR**Carte #:** 8273-6EED-64FC-7F0F**Produit:** SANAD ASSURANCES

Référence #	Secondary Ref #	Date	Fournisseur	Réclamé	Approuvé	Franchise	Co-part	PP Share	Remboursés	Dev
NCRM02203 15/1		14/12/20	Prestataire non	3,200.00	3,200.00	0.00	320.00	0.00	2,880.00	MAD
Dental-PROTHESES DENTAIRES(1)				3,200.00	3,200.00	0.00	320.00	0.00	2,880.00	
SUB-TOTALS				3,200.00	3,200.00	0.00	320.00	0.00	2,880.00	MAD
Sous-Total				2,880.00	MAD	Equivalent de			2,880.00	MAD

Allianz Maroc**2,880.00 MAD**Payer à: **SIF EDDINE LAOUFIR**Le montant de: **deux Mille huit cent quatre-vingts Dirham Marocains**

OP Remboursement # 11056367, Transaction # 12925039

28/12/2020***T45D3ID12925039***