

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0053834

10 6268

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9725 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MATJBAR Mohamed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661 550620 Total des frais engagés : Dhs

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 03/02/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

andations pratiques :

e déclaration par personne.

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

nances pour traitements spéciaux doivent
nature du traitement ainsi que le coefficient
ndant et le détail des honoraires.

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

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

oger la garantie aux enfants âgés de plus de
adhérent doit produire annuellement un
de scolarité correspondant à l'année
ice considérée.

nt de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime
ance, merci de le préciser sur le bulletin
n et joindre les pièces justificatives. Si cela
: en cours de contrat, vous devez nous
quer toutes les pièces justificatives nécessaires.

ons chirurgicales : Nous fournir une facture
le la 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° 1695083

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie	Cachet de l'entreprise
Numéro du bordereau	
Numéro du sinistre	
Matricule de l'assuré 00399	
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc	

À remplir par l'assuré

Nom : JNASNY	Prénom : Mejido
N° de C.I.N :	Date de naissance :
Montant des frais exposés : # 350.00 # 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 21/01/2022

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 »
-------------------------------------	-------------------------------------

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
Hôpital Universitaire Inter-
Pr. Assistant et OU
Cardiologie

Date des actes médicaux		Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
12/06/2012		1		3500 DH	 Dr. Amel Ouarpah Assistante Internationale Cardiologue 1212
N° ICE					N° INP

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

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

Devis ☐ Nombre de séances : Établi le :

Facture ☐ Nombre de séances : Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE []					N° INP []
	N° ICE []					N° INP []
	N° ICE []					N° INP []

Médecin conseil

Fiche dossier



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 22422624
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 0111041
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 21/01/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 28/01/2022
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 31/01/2022
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
K HONORAIRES	350,00	350,00	0	80.00	0,00	280,00
	350,00	350,00			0,00	280,00

Observations :

Informations :

2200196039

F A C T U R E

N°

2 146 / 2022 du **21/01/2022**Nom patient : **JNAINY MAJIDA**Entrée **21/01/2022**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **21/01/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation avec electrocardiogramme (E	1,00	K0007	350,00	350,00
			Sous-Total	350,00
Total Frais Clinique				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 350,00

	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	350,00	350,00	0,00



Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N°: 2201210955080160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200196039	JNAINY MAJIDA	21/01/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	1741	350,00
PAYANT	Total payé	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI		

Reçu établi par : EG.WAFAA



21/01/22 09:30:55
9900240871
92408701
HM6 CONSULTATION AD
Bouskoura

A0000000031010
APP : UISA
JNAINY MAJIDA
XXXXXXXXXXXX3131
12/23 CARTE NATIONALE
707E69930B1F2501
221-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD
NUM TRANSACTION : 001
NUM AUTORISATION: 296472
STAN : 001741

DEBIT

Le CMI vous remercie

PRENEZ VOTRE UIGNETTE EN TOUTE SECURITE. SUR
WWW.MEDHOPITAL.MR, 1ER SITE DE Paiement DE LA
UIGNETTE AU MAROC.

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT





2200196039 / 211217114101T.

Prénom : MAJIDA

Nom : JNAINY

DDN : 21/07/1974 E: 21/01/2022

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)



PAYANT

Sexe: F

21/01/2022 08:00:27

FC: 62 bpm

PR: 128 ms

QRS: 78 ms

QT/QTcH: 426/430 ms

QTcB: 433 ms

QTcF: 431 ms

Rv5-6/Sv1 : 1.27/1.01 mV

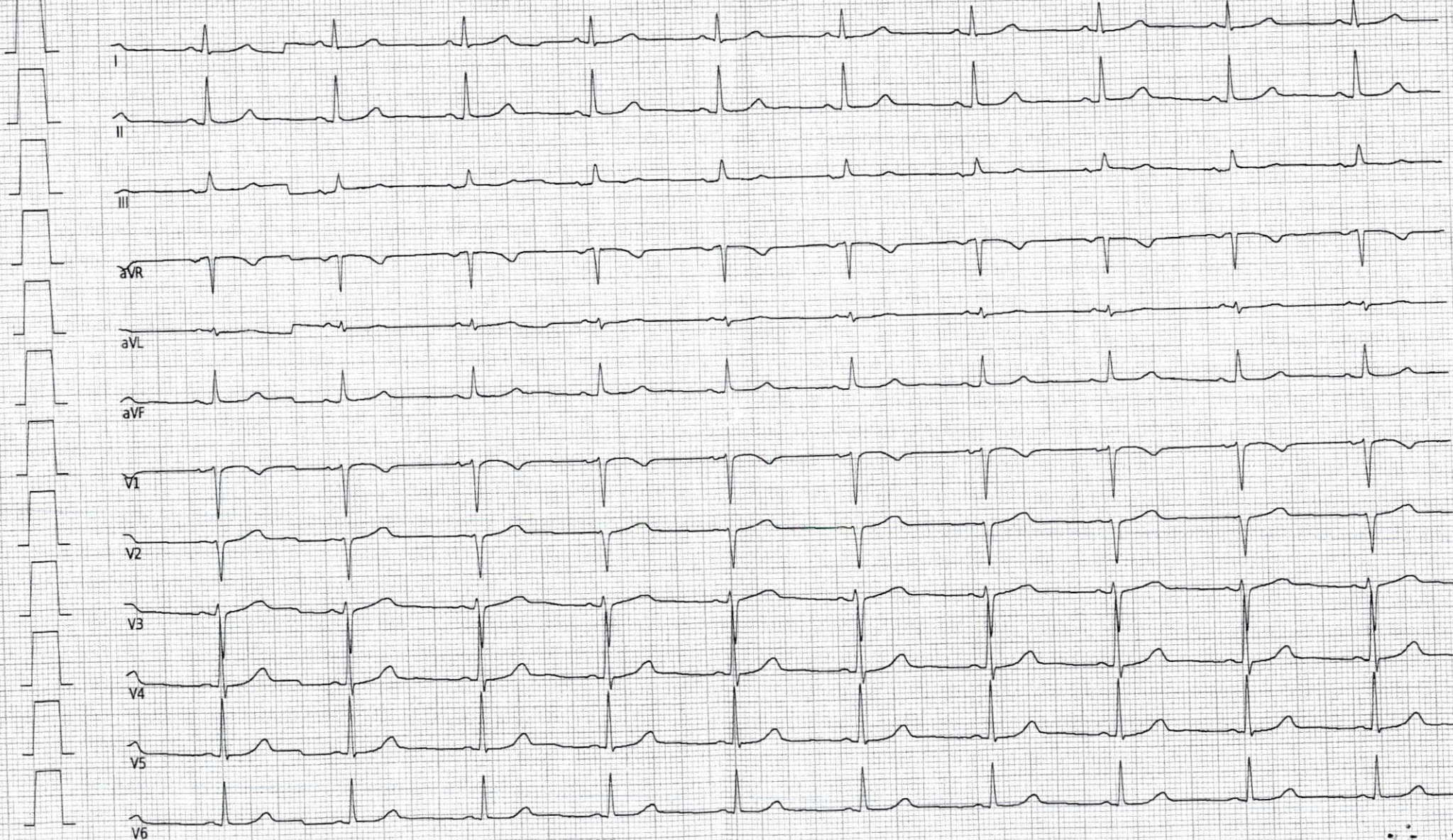
Sok-Lyon : 2.28 mV

Axe: 33/57/52 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

Technicien :

Commentaires :



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693