

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

W21-843155

### 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

- 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

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9715 Société : LAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : NAJBAL Mohamed  
 Date de naissance : 196017  
 Adresse :  
 Tél : 9687 Total des frais engagés : Complément pour...

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 :  
 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'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 : Casa Le : 22/02/24  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019





عيادة طبية للأمراض الجلدية و التناسلية  
CABINET MEDICAL DE DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE

الدكتورة أمال جبران  
**Docteur Amal JABRANE**

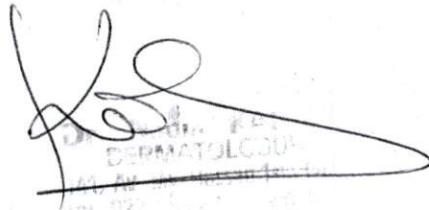
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Nancy (France)

الدكتورة نادية القادري  
**Docteur Nadia KADIRY**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Nancy (France)

في: 13.01.2014

M<sup>me</sup> INAINY MAJIDA présente  
une loupé de l'œil et de la chevelure ayant  
nécessité de l'opération chirurgicale  
extérieure - suture. côté AC 20.

  
DERMATOLOGUE

**À remplir par le Médecin**

**Renseignements concernant le patient**

Nom du patient : JWAINY Prénom(s) du patient : MASIDA  
 Date de naissance : ..... Lien de parenté avec l'assuré(e) : .....  
 Nature de la maladie : Dolores chronique  
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : .....  
 Fait à : ..... le 13.01.2024

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

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
3.01.2024	5	K20	1000	<i>[Signature]</i>
N° ICE			N° INP <u>081082895</u>	
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
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

**Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et ou d
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

**Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux**

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

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et N° d'autorisation
	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 de



# Déclaration maladie



AN38224

### 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

**VARUN BEVERAGES MOROCCO**  
 Z.I. Bouakoura 27182 SP.408 - Casa  
 Tél: 0529 05 29 99 / 0529 05 30 00  
 Fax: 0529 05 30 30  
 Service Formation

### À remplir par l'assuré

Nom :  Prénom :

N° de C.I.N. :  Date de naissance :

Montant des frais exposés :  #  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 :  le

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 »

04/20  
REF.: G00 1011



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 24493713  
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 2238224  
N° d'affiliation : 399 Réf dossier : AN38224  
Matricule Société : 0 Date de survenance : 13/01/2024  
CIN : BE594123 Date de traitement : 08/02/2024  
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 08/02/2024  
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Code agence : 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
K SPECIALISTE	1 000,00	1 000,00	0	80.00	0,00	800,00
	1 000,00	1 000,00			0,00	800,00

Observations :

Informations :