

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

## soins générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

## Pathologie 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.

## 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.

## 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28 84 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRissi KAÏTouNi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 148.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 2 / 2020

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause :

Fait à : Casab, le 22.02.2020.

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 la validité des actes |
|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22.02.2020              | 1              | C3                    | 300 Dhs                         | Casablanca Tel: 0522 95 31 59                                  |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP 091069757                             |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                            |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                            |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                            |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                            |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                            |
|                         |                |                       |                                 | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                            |

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 |
|----------------------|-----------------------|--|
| 22/2/2020            | 178.00                | [REDACTED]   |
|                      |                       | N° ICE 092017342 N° INP [REDACTED]                       |
|                      |                       | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                      |
|                      |                       | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                      |
|                      |                       | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                      |
|                      |                       | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                      |
|                      |                       | N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]                      |

Professeur HABIB EDDINE Souad  
Dermatologue - Vénérologue

N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]

N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]

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 cachet du par<br>N° d'autorisation d'exercer a |
|----------------|--------|----|----|----|------------------------|---|
|                | AM     | PC | IM | IV |                        |   |
|                |        |    |    |    |                        |   |
|                |        |    |    |    |                        |   |
|                |        |    |    |    |                        |   |
|                |        |    |    |    |                        |   |
|                |        |    |    |    |                        |   |
|                |        |    |    |    |                        |   |

N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]

N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]

N° ICE [REDACTED] N° INP [REDACTED]

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier

X



**réinventons /**  
l'assurance et l'épargne

# Quittance de remboursement

Maladie-Maternité

Société : KLEM  
 Contrat n° : 010 190005/00  
 N° d'affiliation : 000007  
 Matricule société : 000000  
 Assuré : JOUAHRI AFIFA  
 Bénéficiaire : JOUAHRI AFIFA

N° de sinistre : 20468775  
 N° dossier :  
 Date de survenance : 22/02/2020  
 Date de traitement : 9/03/2020  
 Date de remboursement : 11/03/2020  
 Médecin : HABIB EDDINE

| Nature des prestations | Dépence réelles en dh | Base de remboursement | Cot. (nbre.) | Taux en % | Remboursement autre Cie | Remboursement AXA |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------|-------------------------|-------------------|
| CONSULT° SPECIALISTE   | 300, 00               | 16, 00                | 178          | 85, 00    | 0, 00                   | 13, 60            |
| MEDICAMENTS            | 178, 00               | 178, 00               | 000          | 85, 00    | 0, 00                   | 151, 30           |
| <b>Total</b>           | <b>478, 00</b>        | <b>194, 00</b>        |              |           | <b>0, 00</b>            | <b>164, 90</b>    |
| <b>Observations :</b>  |                       |                       |              |           |                         |                   |
| <b>Informations :</b>  |                       |                       |              |           |                         |                   |

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