

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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.

### 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 tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043941

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28.24 Société : 49303

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DRISSI KATOUM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 0030 12 Total des frais engagés : ACCUEIL 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société : KLEM N° de sinistre : 20708000  
Contrat n° : 010 190005 / 00 N° dossier :  
N° d'affiliation : 7 Date de survenance : 08/08/2020  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 02/09/2020  
Assuré : JOUAHRI AFIFA Date de remboursement : 02/09/2020  
Bénéficiaire : JOUAHRI AFIFA Médecin : \*\*\*\*\*

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	85.00	0,00	212,50
K SPECIALISTE	100,00	100,00	0	85.00	0,00	85,00
MAMOGRAPHIE	1 200,00	1 200,00	0	85.00	0,00	1 000,00
ECHOGRAPHIE	350,00	350,00	0	85.00	0,00	297,50
ANALYSES B	270,00	270,00	0	85.00	0,00	229,50
	2 170,00	2 170,00			0,00	1 824,50

Observations :

Informations :



Recommandations pratiques :

Une déclaration par personne.

Noms et prénoms de la personne malade doivent être portés obligatoirement par les praticiens eux-mêmes sur chaque pièce transmise.  
Le dossier « Maladie » doit être transmis dans les délais contractuels de votre contrat.

Les ordonnances pour traitements spéciaux doivent préciser la nature du traitement ainsi que le coefficient correspondant et le détail des honoraires.

Les factures de pharmacie et les notes de frais d'analyses et de traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin traitant ainsi que des photocopies des résultats (des analyses et des examens radiologiques).

Les prospectus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs aux médicaments doivent être joints aux ordonnances en veillant à contrôler les dates de péremption.

Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 15 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

Le conjoint de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime de prévoyance, merci de le préciser sur le bulletin d'adhésion et joindre les pièces justificatives. Si cela intervient en cours de contrat, vous devez nous communiquer toutes les pièces justificatives nécessaires.

Interventions chirurgicales : Nous fournir une facture établie de 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.



pour la RAM

Déclaration maladie n° 1519318

A 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 .....

Cachet de l'entreprise

A remplir par l'assuré

Nom : Jacuzzi Prénom : Afifa  
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 : Casablanca le 08 08 2020

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 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 des 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 des 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 »

Frais 2170,00

Date de naissance : ..... Lien de parenté avec l'assuré(e) : .....  
 Date de la maladie : .....  
 Est-ce un accident, en indiquer la cause : .....  
 ..... le .....

Prescriptions (à remplir par le Médecin)

Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant décaissé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
N° ICE		N° IMP	
Σ FCU		350	
N° ICE		N° IMP	

Prescriptions (à remplir par le Pharmacien)

Prescription	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE		N° IMP
N° ICE		N° IMP
N° ICE		N° IMP

Date de naissance : 08/08/2020		Lien de parenté : Z82K30		Montant : 1200,00	
N° ICE		N° IMP		350	
08/08/2020		224		270 J4	
N° ICE		N° IMP		INPE: 091024048	

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 praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE					N° IMP	
N° ICE					N° IMP	
N° ICE					N° IMP	

Carte réservée à ALA Assurance Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------





# LABORATOIRE IBN SINA DE PATHOLOGIE

400, Bd. Brahim Roudani - Casablanca  
Tél.: 212 522 23 08 76 - Fax : 212 522 98 48 67

Casablanca , le 08/08/20

Date de Réception

08/08/20

JOUHARI AFIFA

ICE :

**Facture n° : 20202194**

Cotation

Nature du Prélèvement

Montant Net

FCV

270,00

NET A PAYER

270,00

Signé :

LABORATOIRE IBN SINA  
DE PATHOLOGIE  
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél.: 212 522 23 08 76 - Fax : 212 522 98 48 67

Patentent n° : 35782411- IF :45905380- ICE : 002545486000064 – CNSS : 2090736



# مرکز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

r. Houriya AMRANI MIKOU  
r. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
r. Wafae MSEFER FAROUQI  
r. Yasmina TAHIRI ZIATI  
r. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 08/08/2020

FACTURE N° : FA:00 6569/20

Nom : JOUAHRI AFIFA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

1 200,00 Dhs

**MILLE DEUX CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

MAMMO-TOMOSYNTHÈSE  
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

900,00 Dhs

300,00 Dhs

Total de : 1 200,00 Dhs

Mode de règlement TPE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
ROUDANI  
20.100 - Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tél.: 0522 25 22 96 / 05 22 25 11 07 / 05 22 25 11 07  
e-mail : roudani.cr@gmail.com / www.cr.ma

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif Casablanca 20100 - Tél. : 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96  
Fax : 0522 23 50 68 E-mail : roudani.cr@gmail.com / www.cr.ma

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES IBN SINA  
400, Bd Brahim Roudani  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 23 08 76 - 05 22 98 48 67

EXAMEN N°

Nom

Déposé le :

LE RESULTAT SERA ADRESSE  
AU DOCTEUR



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

400, Bd. Brahim Roudani - 1ère étage - Maârif  
20 100 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 22 96 / 05 22 23 50 70 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 /  
0522 25 13 07 et 0660 73 95 97 - Fax : 05 22 23 50 68

Date : 08/08/2020

Suivi par : Dr. Naima BENJELLOUN

Nom et prénom : JOUAHRI AFIFA

Examen (s): MAMMO-TOMOSYNTHESE  
ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

1

Date d'examen : 08/08/2020 11H 35

Résultat prévu : 12/08/2020 16H 00

PC :

Montant : 1200DH payé : 1200 DH Reste: 0 DH