

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



Déclaration de Maladie

N° W19-546417

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11090 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRIBO FADILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 62 06 00 Total des frais engagés : complet 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 : Casablanca Le : 29 MAR. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Informations pratiques :

Déclaration par personne.

tard un (1) mois après la cessation des actes.

La déclaration dentaire doit comporter le nom et prénom de la personne déclarante, le porteur par le praticien lui-même avec son numéro de souscripteur.

La déclaration dentaire doit contenir toutes les pièces à savoir ordonnances médicales, résultats d'examens radiologiques etc...

Les soins dentaires, l'orthodontie dento-faciale et les odontoses sont soumis à l'accord préalable.

Les soins relatifs aux soins dentaires, prothèses et parodontologie doivent être transmis au plus

6. Les traitements d'orthodontie faciale(O.D.F) sont pris en charge selon les clauses contractuelles de votre contrat.

7. Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 21 ans, l'adhérent doit produire annuellement un certificat de scolarité de l'année considérée.

8. Si 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



Déclaration dentaire



VA62022

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 :

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom : HANNOUNE Prénom : MOHAMMED
 N° de C.I.N : BH150125 Date de naissance : 16/06/72
 Montant des frais exposés : 3000 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 : 13/02/2023 à Casablanca

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

Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie : HTA ORL

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

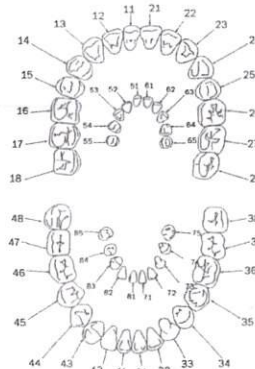
Fait à : Casablanca le 07/07/2023

Soins

Devis ☐ Établi le :Facture ☐ Établi le :[illegible]

N° ICE _____ N° INP _____

Total des honoraires : Dh



**Facture /signature
et cachet du praticien**

— Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis ☒ Établi le : 28/01/2015

Facture ☐ Établi le :

— Prothèse dentaire

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse

N° ICE N° INP

Total des honoraires : DI

— Traitement ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le
2 ^{ème} semestre L1 L2 L3	8/2/2023	8/2/25
	2023	2025

N° ICE

Nº INP INPE:0940/13166

ICE: 001644439000054

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc	Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature cachet du praticien
--	---	--

Dr. RACHIDA EL
Bd Al Qods Rm 30 Imp.
Mandourah - Casablanca
Tel / Fax : 05 22 52 47 96

Pharmacie - Analyses - Radiographie

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant de la facture	Montant de la fa

N° ICE _____

N° INP _____



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : SERMP N° de sinistre : 23536771
Contrat n° : 010 200230 / 00 N° dossier : 6206627
N° d'affiliation : 3005 Date de survenance : 27/02/2023
Matricule Société : 0 Date de traitement : 08/03/2023
Assuré : HANNOUNE MOHAMMED Date de remboursement : 08/03/2023
Bénéficiaire : HANNOUNE RAYAN Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
ORT.DENTO.FACIALE	3 000,00	3 000,00	0	80.00	0,00	2 250,00
	3 000,00	3 000,00			0,00	2 250,00

Observations :

Informations :



STE SERMP
POLE INDUSTRIELLE AERONAUTIQUE
AEROPORT MOHAMED 5

CASABLANCA

OBJET : LETTRE D'ACCORD

Casablanca le 26/02/2023

VOS RÉFÉRENCES

Votre contrat groupe :

010 200230 00 / 003005

Assuré : **HANNOUNE
MOHAMMED**

Bénéficiaire : **HANNOUNE
RAYAN**

Sinistre N° : **23506039**

Frais engagés : **3000,00 DH**

Cher Assuré,

Merci d'avoir choisi AXA, leader mondial en assurance.

Nous avons l'honneur de vous donner notre accord pour :

- **5° stre ODF.**
- Prescrit par le docteur : EL JAZOULI
- A hauteur de : **2250,00 Dhs**
- Bénéficiaire : HANNOUNE RAYAN

A la fin du traitement, un reçu dûment acquitté ainsi que les pièces justificatives devront nous être adressés.

En cas de CCM ou Bridge CCM merci de joindre les radios avant et après execution.

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante et tant que le contrat souscrit auprès de notre Compagnie par ladite société est en vigueur.

Les remboursements seront effectués suivant les conditions en vigueur et dans la limite du plafond et des taux prévus au Contrat **à la date d'exécution des actes.**

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement suite à votre traitement

Salutations sincères.

Département Vie & Santé
Règlements Santé

ELATRI

NB : Accord valable pendant 3 mois (il ne s'agit nullement d'une prise en charge)



Votre santé est notre priorité