

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-546417

ASS 905



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1090		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMRI BD		FADILA	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 66 62 06 00		Total des frais engagés : Comptant Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : _____

29 MAR. 2023

MUPRAS

ACCUEIL



**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