

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.



Declaration de Maladie

N° W21-802323

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M090 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. B. I. J. K.

Date de naissance : 19/01/1980

Adresse : 06 66 62 06 00

Tél. : 06 66 62 06 00 Total des frais engagés : Complément

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : A. B. I. J. K. Age : 42

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 06 66 62 06 00 Le : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. B. I. J. K.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

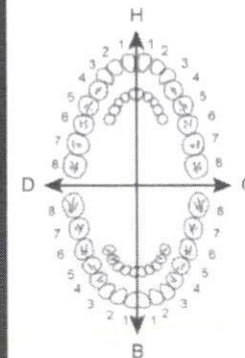
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

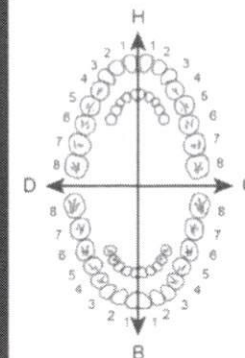
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

du souscripteur.

Le dossier dentaire doit contenir toutes les pièces
à savoir ordonnances médicales, résultats
examens radiologiques etc...

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

Les soins relatifs aux soins dentaires, prothèses
odontologie doivent être transmises au plus

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

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 : 16/06/1972
Montant des frais exposés : 1000 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 02/05/23

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 »

X

N° :

Nom de l'assuré :

Bénéficiaire :

Frais exposés :Dh

N° du sinistre :

Matricule :

Lien de parenté :

Date du dépôt du dossier : / /

Numéro du bordereau :

Numéro d'ordre :

Date des soins : / /

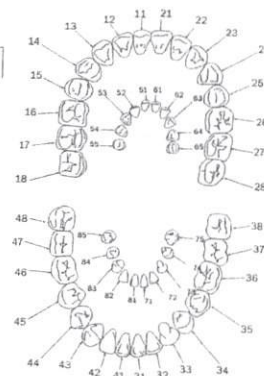
Fait à : Cessennes, le 29/9/20

Devis ☐ Établi le :
 Facture ☐ Établi le :

[illegible]

N° ICE _____ N° INP _____

Total des honoraires :



**Facture /signature
et cachet du praticien**

29/4/22

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

N° ICE _____

N° INP

Total des honoraires : Dh

Semestre n°	Commence le	Termine le
Examen de l'interne		29/9/20

N° ICE 001644439000054

N° INP INPE:094013166

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

Pharmacie - Analyses - Radiographie

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

Nº ICE

N° INP _____

VOTRE INTERMEDIAIRE

1436 PREVAS



Assurance

STE SERMP

POLE INDUSTRIELLE AERONAUTIQUE

AEROPORT MOHAMED 5

CASABLANCA

OBJET : LETTRE D'ACCORD

Casablanca le 18/04/2023

VOS RÉFÉRENCES

Votre contrat groupe :

010 200230 00 / 003005

Assuré : **HANNOUNE
MOHAMMED**

Mat :

CIN : K000086

Bénéficiaire : **HANNOUNE
RAYAN**

Sinistre N° : 23634402

Frais engagés : 1000,00 DH

Agence :

Réf : VE87858

Cher Assuré,

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

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

- **1ere année CONTENTION .**
- Prescrit par le docteur : EL JAZOULI
- A hauteur de : **800,00 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**

HABBANI

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



Votre santé est notre priorité



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société	: SERMP	N° de sinistre	: 23710122
Contrat n°	: 010 200230 / 00	N° dossier	: 8587859
N° d'affiliation	: 3005	Reff dossier	: null
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 29/04/2023
CIN	: null	Date de traitement	: 05/05/2023
Assuré	: HANNOUNE MOHAMMED	Date de remboursement	: 17/05/2023
Bénéficiaire	: HANNOUNE RAYAN	Médecin	: null null

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
ORT.DENTO.FACIALE	1 000,00	1 000,00	75	80.00	0,00	800,00
	1 000,00	1 000,00			0,00	800,00

Observations : accord 23634402

Informations :