

# 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.

## 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

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.

AS : 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

Nº P19- 048651

Maladie

Dentaire

Optique

48651

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	10302	Société :	RA17
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ENOUSSIA Abdellah			
Date de naissance : 15/07/1963			
Adresse : RESID LA VILLE, ENTRÉE A, API 04 BT REED D'OURA KENITRA			
Tél. :	0660308281	Total des frais engagés :	250 + 1624,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Kenitra

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 14/11/2020

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

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

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

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

orger la garantie aux enfants âgés de plus de 10 ans, l'adhérent doit produire annuellement un rapport de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

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

tions chirurgicales : Nous fournir une facture de la clinique ou de l'hôpital précisant :

- 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.



#### 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 : **KHAZER** Prénom : **NAÏDIA**

N°de C.I.N : **CC 2784** Date de naissance : **10/10/1980**

Montant des frais exposés : .....

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 : **Kenitra**, le **09/10/2020**

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 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 CNPD sous le N° : A-A-343/2013».

#### Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

N° :

#### Renseignements concernant le patient

Nom du patient : KHAFYER

Date de naissance : 27/01/1988

Date de naissance : ..... / Lieu de naissance avec l'assuré(e) : .....

Nature de la maladie : ...

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

Fait à : Kemba

09/10/2020

**Détail des soins (à remplir par le Médecin)**

#### **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
09.10.20	INP: 0524.60 N° ICE: 052018058	<i>Pharmacie Angle M. Léon et M. Kéntra - Tel: 0547376720</i>
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	

## **Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du lab ou du radiologue	
	N° ICE	[REDACTED]	N° INP	[REDACTED]
	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 N° : 00000000000000000000000000000000 Date d'émission : 00/00/0000  
Nombre de séances : Etablie :  
Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer	
	AM	PC	IM	IV			
	—	—	—	—	—	—	
	N° ICE	_____	_____	_____	_____	N° INP	_____
	N° ICE	_____	_____	_____	_____	N° INP	_____
	N° ICE	_____	_____	_____	_____	N° INP	_____

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

## **Eiche dossier**



**Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD N° de sinistre : 20843634  
Contrat n° : 010 070171 / 00 N° dossier :  
N° d'affiliation : 2648 Date de survenance : 09/10/2020  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 26/10/2020  
Assuré : KHAYER NADIA Date de remboursement : 26/10/2020  
Bénéficiaire : KHAYER NADIA Médecin : \*\*\*\*\*

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	250,00	250,00	0	85,00	0,00	212,50
MEDICAMENTS	1 624,60	1 624,60	0	85,00	0,00	1 380,91
	1 874,60	1 874,60			0,00	1 593,41

Observations :

Informations :



**Quittance De Remboursement  
Maladie – Maternité**

