

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.

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.

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

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.

Maladie

Dentaire

4868C Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.302

Société : RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNOUSI Abdellatif

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RESIDENCE LA VILLE ENTRÉE 1 APR 04

RUE MÉDIOUR BI KENTO

Tél. : 066030 86 85 Total des frais engagés : 150 + 431 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui 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 : 14/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS PRATIQUES :

Etablir une déclaration par personne.

Les 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 y correspondant et le détail des honoraires.

Les factures de pharmacie et les notes de frais d'analyses ou 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 tout en veillant à contrôler les dates de péremption.

Pour proroger la garantie aux enfants âgés de plus de 11 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 établissée 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.



Déclaration maladie n° 173111

Cachet de l'entreprise

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

À remplir par l'assuré

Nom : *KHATIB* Prénom : *MAJDI A*

N° de C.I.N : *CC 2784* Date de naissance : *10/10/1988*

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 : *Kenitra*, le *25/09/2020*

Signature de l'assuré(e) *[Signature]*

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 de 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 »

www.english-test.net

nom du patient : Khayer

..... Prénom(s) du patient :

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

il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : *Fracture de la hanche*

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

it à : Kentra le 25.9.2020

ii des soins (à remplir par le Médecin)

ion des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
5-09-2020	431,00	<i>Signature</i>
N° ICE		N° INP
	INPE : 05 20 18 058	
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
	N° ICE		N° INP
	N° ICE	*	N° INP
	N° ICE		N° INP

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 participant N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier

الدكتور الحبيب عبد اللطيف
Dr. EL HABIB Abdellatif
عيادة طبية
Cabinet Médical
خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
Diplômé de la Faculté

de
Tél: _____ bat: _____

LOT 18202
PER 06/22
PPV 700DH

LDT: 0053
EXP: AUT 2021
PPV: 40,50 DH

رقم 15، مركز لاشوب
زنقة سبو قرب محطة شال
شارع محمد الخامس
المكتب رقم 3
القنيطرة

N° 15, La Shop Center
rue Sebou, en face Station Shell
avenue Mohammed V,
bureau N° 3 entre sol
KENITRA

Kénitra, le 85.9.82
القنيطرة في

Nom: khayat
Prénom: Nadia

122,70
DD/MM/72
63,200 +
63,200 stee n (26th)
10,700 +
10,700 (26th)
40,500 +
40,500
efface une
reprise
431,00

La Shop Center
rue Sebou, en face Station Shell
avenue Mohammed V,
bureau N° 3 entre sol
KENITRA



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD N° de sinistre : 20843653
Contrat n° : 010 070171 / 00 N° dossier :
N° d'affiliation : 2648 Date de survenance : 25/09/2020
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 en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULTATION GENERAL	150,00	150,00	0	85,00	0,00	127,50
MEDICAMENTS	431,00	431,00	0	85,00	0,00	366,35
	581,00	581,00			0,00	493,85

Observations :

Informations :