

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

- 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.

N° W19-594958

50901

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11090		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AMRIBD FADILA
Nom & Prénom : AMRIBD FADILA		Date de naissance : 03.06.1975	
Adresse :			
Tél. : 06.66.68.86.00		Total des frais engagés : Complet Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10 DEC. 2020			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Age: 11 DEC. 2020			
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 : _____ Le : _____			
Signature de l'adhérent(e) : _____			

seils pratiques

déclaration dentaire doit être accompagnée de les pièces justificatives telles que les ordonnances médicales, les résultats d'analyses ou d'examen radiologiques, etc.

prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthodontie-faciale (O.D.F) et les parodontoses sont à l'accord préalable.

déclaration dentaire doit comporter les cachets de l'employeur et du chirurgien-dentiste traitant, les et prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) de la main du chirurgien-dentiste traitant.

tes pièces concernant les soins et prothèses doivent être transmises au plus tard 1 mois la cessation des soins.

Il les traitements d'orthodontie faciale (O.D.F)

entamés avant le 12^{ème} anniversaire sont pris en charge.

6. Afin de proroger la garantie des enfants âgés de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

7. Dans les cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, merci de demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants, ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

8. La production de renseignements ou de documents intentionnellement faux annule la garantie et en cas de règlement de prestations indues, d'en récupérer le montant soit auprès de l'entreprise adhérente, soit directement auprès de l'assuré par voie judiciaire.

Données personnelles

ées 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.

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

urs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

ur 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 sans autorisation.

ur 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.

ées à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

ière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.



Déclaration dentaire n° 399815

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie _____ Date du dépôt du dossier _____
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 et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

HANNOUANE MOHAMMED

Date des soins 21/10/20

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 500 DH

À remplir par le chirurgien dentiste

Nom et prénom du malade

HANNOUANE RAZANE

Lien de parenté

Age du malade _____

Nature des soins

Extraction

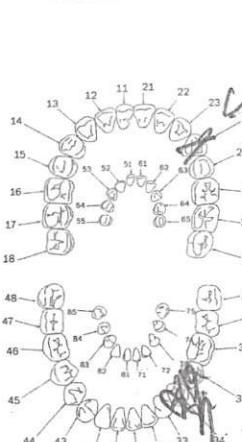
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, merci de communiquer le renseignement sous pli séparé l'attention de notre médecin-conseil.

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

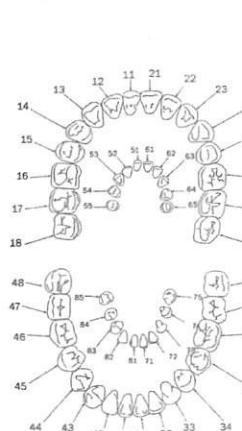
Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

Soins dentaire



Prothèse dentaire



Soins dentaire

Total des honoraires

Rec
(factu

Prothèse dentaire

Total des honoraires

Visa et cachet du praticien

(attestant la proposition)

Date du devis

Date de la réalisation

Reservé à la Compagnie AXA Assurance Maroc



Quittance De Remboursement
Maladie Maternité

Société	: SERMP	N° de sinistre	: 20865437
Contrat n°	: 010 200230 / 00	N° dossier	: 0300565
N° d'affiliation	: 3005	Date de survenance	: 21/10/2020
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 09/11/2020
Assuré	: HANNOUNE MOHAMMED	Date de remboursement	: 09/11/2020
Bénéficiaire	: HANNOUNE RAYAN	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SOINS DENTAIRES	500,00	500,00	20	35,00	0,00	400,00
	500,00	500,00			0,00	400,00

Observations :

Informations :