

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

- Reclamation : 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° W19-598750

ND: 53027

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9715

Société : ZAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MASBAR Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.61.15.05.89

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/02/20

RELEVE 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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

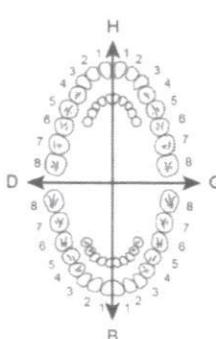
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	P
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 20954552
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 1600106
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 05/12/2020
Matricule Société : 0 Date de traitement : 17/12/2020
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 17/12/2020
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SOINS DENTAIRES	300,00	300,00	4	30.00	0,00	120,00
	300,00	300,00			0,00	120,00

Observations :

Informations :



Déclaration dentaire n° 678939

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie
Numéro du bordereau
Numéro du sinistre
Matricule de l'assuré **D 399**
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

Cachet de l'entreprise
VARUN BEVERAGES MOROCCO
Z.I. Bouskoura 27182 BP 408 - Casablanca
Tél. 0529 05 29 99 / 0529 05 30 00
Fax 0529 05 30 30
Service Formation

À remplir par l'assuré

Nom : **J. NASNY** Prénom : **Thijs**
N°de C.I.N. : Date de naissance :
Montant des frais exposés : **# 300,00 #** DH

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

Fait à : **Casablanca** le **09/11/2020**

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 CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

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 : / /

À remplir par le chirurgien dentiste

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : MAISNY

Prénom(s) du patient : MADIDA

Date de naissance : 21/7/74

Lien de parenté ou frére(s) : Dr. Kadir Hassani Hanane

Nature de la maladie : gengivite

Chirurgien Dentiste

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

Orthodontiste

Fait à : Casablanca

62, Bd Moulay Driss 1er - 1er Etage

Tél 022 85 51 72

le 5/12/20

Soins Dentaires & Prostétiques

Soins

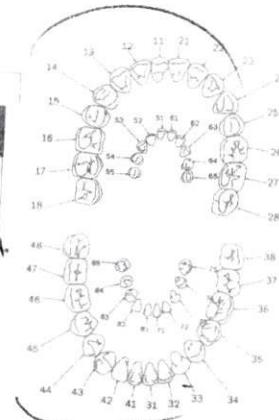
Devis

Établi le :

Facture

Établi le :

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
<u>5/12/20</u>		<u>Construction Dr.</u>		
		<u>Collage Cañon Dr.</u>		<u>300 Dhs</u>



N° INP : 094015823

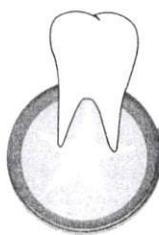
Total des honoraires : 300 Dhs.

Cadre réservé à
AXA Assurance Maroc

Devis / signature
et cachet du praticien

Facture / signature
et cachet du praticien

Dr. Kadiri Hassani Hanane
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
62, Bd Moulay Driss 1er - 1er Etage
Tél 022 85 51 72



Dr. Hanane kadiri Hassani

Chirurgien Dentiste

د. حنان القادري الحسني

طبيبة جراحية للأسنان

- Orthodontie
- Implants Dentaires
- Soins de gencives
- Prothèse - Blanchiment

- تقويم إعوجاج الأسنان
- زرع الأسنان
- علاج اللثة
- تعويف - تبييض

Casablanca, le ٥.١٢.٢٠.....

Nom : حنان القادري Dr. Hanane kadiri Hassani

El Kadiri (B.B)

د. حنان القادري Dr. Hanane kadiri Hassani

Dr. Kadiri Hassani Hanane
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
62, Bd Moulay Driss 1^{er} - 1^{er} étage
Tél 022 85 51 72

62, Bd. Moulay Driss 1^{er} - 1^{er} étage - ☎ 0522.85.51.72 - 0653.25.31.48