

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-624575

66783

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8715 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAJBAR Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661155988 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 05/04/21 Le : 05/04/21

Signature de l'adhérent(e) :



dations pratiques :
éclaration par personne.

Le déclarant doit comporter le nom et prénom
et portés par le praticien lui-même avec son
signature du souscripteur.

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

Les dentaires, l'orthodontie dento-faciale
et odontoses sont soumis à l'accord préalable.

Les relatives aux soins dentaires, prothèses
parodontie doivent être transmises au plus

tard un (1) mois après la cessation des actes.

6. Les traitements d'orthodontie faciale(O.D.F) sont pris en charge selon les clauses contractuelles de votre contrat.

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



Déclaration dentaire n° 678937

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré 00395

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

VARUN BEVERAGES MOROCCO
Cachet de l'entreprise
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 : JNAINY Prénom : Mejdane

N° de C.I.N :

Montant des frais exposés : 1400.22 DH

Date de naissance :

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 18.10.31.2021

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 »

01/19

Réf : G00 1011

A remplir par le chirurgien dentiste

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : **JNAINY**

Date de naissance : **29/17/74**

Nature de la maladie :

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

Fait à :

Cedra

Prénom(s) du patient : **MASSDA**

Lien de parenté avec l'assuré(e) : **Elle mère**

Soins Dentaires & Prostétiques

Soins

Devis

Établi le :

Facture

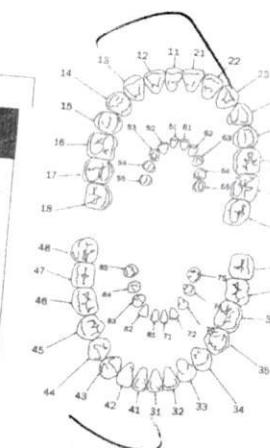
Établi le :

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
13/3/21	Qdr	Qdr	1	1000Dhs

N° INP : **44417710**
N° ICE : **001585202000020**

N° INP : **094** N° ICE : **323**

400Dhs



Cadre réservé à
AXA Assurance Maroc

Devis / signature
et cachet du praticien

Facture / signature
et cachet du praticien
KADIRI HASSANI Hanan
Chirurgien Dentiste - Orthodontie
62, Moulay Driss 1er Casablanca
Tel : 0522 85 51 72

Prothèse dentaire orthodontie

Prothèse et ODF

Sont soumises à l'accord préalable de la compagnie

Devis

Établi le :

Facture

Établi le :

Prothèse dentaire

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

N° ICE

N° INP

Dh

Total des honoraires :

Traitements ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le

N° ICE

N° INP

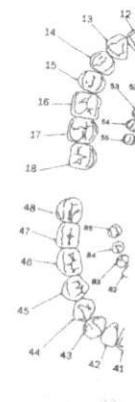
Cadre réservé à
AXA Assurance Maroc

Devis / signature et
cachet du praticien

Facture / signature et
cachet du praticien

Pharmacie - Analyses - Radiographie

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





Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : VARUN BEVERAGES MOROCCO N° de sinistre : 21523014
Contrat n° : 010 200263 / 00 N° dossier : 0005034
N° d'affiliation : 399 Date de survenance : 13/03/2021
Matricule Société : 0 Date de traitement : 30/03/2021
Assuré : JNAINY MAJIDA Date de remboursement : 30/03/2021
Bénéficiaire : JNAINY MAJIDA Médecin : M

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SOINS DENTAIRES	400,00	400,00	12	30.00	0,00	320,00
	400,00	400,00			0,00	320,00

Observations :

Informations :