

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.

MUPRAS : 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

N° W21-642289

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ENOU SLEI Abdelmajid
 Date de naissance : RESID LA VILLE ENTREEA APT 04
 Adresse : RS MED Siouiri Kenitra
 Tél. : 0660308685 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : KHATER NAJIA Age :
 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 : Kenitra Le : 06/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Conseils pratiques

1. La déclaration dentaire doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives telles que les ordonnances médicales, les résultats d'analyses ou d'exams radiologiques, etc.
2. Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthopédie donto-faciale (O.D.F) et les parodontoses sont soumis à l'accord préalable.
3. La déclaration dentaire doit comporter les cachets de l'employeur et du chirurgien-dentiste traitant, les noms et prénoms de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du chirurgien-dentiste traitant.
4. Toutes pièces concernant les soins et prothèses dentaires doivent être transmises au plus tard 1 mois après la cessation des soins.
5. Seuls 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

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.

Assurance Maroc : 120-122, avenue Hassan II - Casablanca 20000 Maroc
 phone : +212 (0)5 22 88 92 92 - Fax: +212 (0)5 22 88 91 88 - Internet : www.axa.ma
 prise régie par la loi 17-99 portant code des assurances
 u capital de 900 000 000 dh - RC 34221 Casablanca Patente 35502711 - IF 01085109 - I.C.E 000083794000087 - CNSS 1087255



5844206
 Déclaration dentaire n° 532480

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 2648

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)
KHAYER NADIA

Date des soins 12/06/17

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés _____

À remplir par le chirurgien dentiste

Nom et prénom du malade
KHAYER NADIA

Lien de parenté _____ Âge du malade _____

Nature des soins Traitement de pulpite dentaire des 5 et 17

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

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux » _____ Cachet de la cellule « traitement » _____

N° : _____

Nom de l'assuré : _____ Matricule : _____

Bénéficiaire : _____ Lien de parenté : _____

Frais exposés : _____ Dh Date du dépôt du dossier : _____



**Quittance De Remboursement
Maladie – Maternité**

Société : AXA FRANCE IARD N° de sinistre : 21705542
Contrat n° : 010 070171 / 00 N° dossier : 3506352
N° d'affiliation : 2648 Date de survenance : 12/06/2021
Matricule Société : 0 Date de traitement : 21/06/2021
Assuré : KHAYER NADIA Date de remboursement : 21/06/2021
Bénéficiaire : KHAYER NADIA Médecin : *****

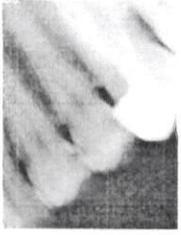
Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SOINS DENTAIRES	1 000,00	1 000,00	70	25.00	0,00	900,00
	1 000,00	1 000,00			0,00	900,00

Observations :

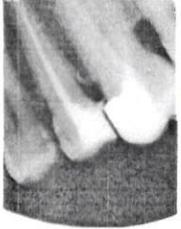
Informations :

19/06/2021

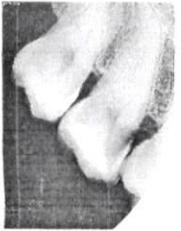
Radiis pour NADIA KHAYR.



Radiis pré-ap de la 25



Radiis post-ap de la 25



Radiis pré-ap de la 17



Radiis post-ap de la 17