

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N° M21-

063261

Complément

825x6

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

57145

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Laguerad Nidha

Date de naissance :

28/71 CG

Adresse :

94 Lot Soudra Sidi Maârouf Casab

Tél. :

0672763516 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Confié H

Date de consultation :

2 Riom Zouher

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Laguerad



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société : STE SOREAD N° de sinistre : 21762131  
Contrat n° : V80 580100 / 00 N° dossier : 1965192  
N° d'affiliation : 86 Date de survenance : 08/05/2021  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 14/07/2021  
Assuré : ZRIOUI ZOUHAIR Date de remboursement : 24/08/2021  
Bénéficiaire : ZRIOUI ZOUHAIR Médecin : \*\*\*\*\*

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
R RADIOLOGIE R-Z	850,00	850,00	0	85,00	0,00	722,50
ANALYSES B	1 150,00	1 150,00	0	85,00	0,00	977,50
	2 000,00	2 000,00			0,00	1 700,00

Observations :

Informations :



## Déclaration maladie



AB65192

### 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 : \_\_\_\_\_

Cachet de l'entreprise

### À remplir par l'assuré

Nom : Z.RIOUI Prénom : Zouheir

N°de C.I.N. : \_\_\_\_\_

Date de naissance : 11/12/65Montant des frais exposés : 2000,00 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 : Ceser, le 2/07/2021

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.

04/20

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.

Ref. : G00 1011

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 : .....

Matricule : .....

Bénéficiaire : .....

Lien de parenté : .....

Frais exposés : ..... Dh

Date du dépôt du dossier : ..... / ..... / .....

N° du sinistre : .....

Numéro du bordereau : .....

Numéro d'ordre : .....

Date des soins : ..... / ..... / .....

À remplir par le Médecin

- Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Znian

.. Prénom(s) du patient : Zelhei

Date de naissance : .....

... Lien de parenté avec l'assuré(e) : Le fils

Nature de la maladie : *de郁*

able - hyperbolic

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

Fait à : .....

08-05-22

### Détail des soins (à remplir par le Médecin)

#### **Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)**

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

**Exemplaire à conserver par l'assuré**

## **Analyses - Radiographies**

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 particien 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

**Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.**