

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-776275

152392

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9839

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661 05 21 39 Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08 MAR. 2023 Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

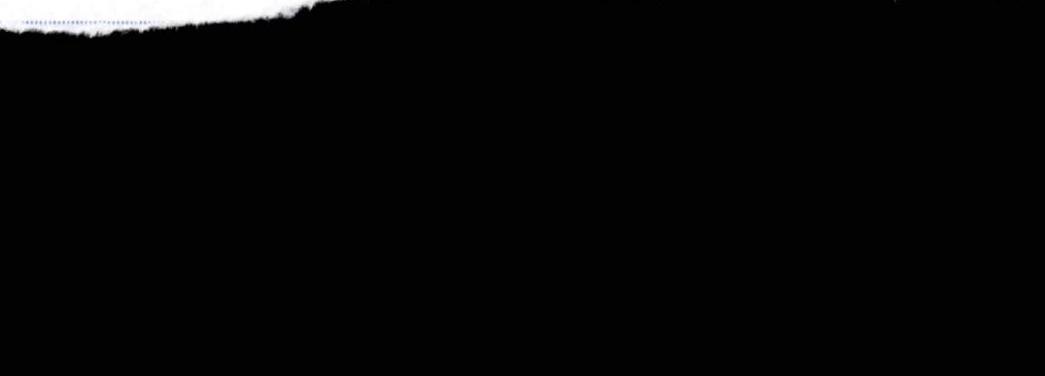
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :







LYCEE ALPHONSE DAUDET  
1, RUE DUNKERQUE MERS SULTAN

CASABLANCA

## OBJET : LETTRE D'ACCORD

Casablanca le 25/01/2023

### VOS RÉFÉRENCES

Votre contrat groupe :

**0X2 18400E 00 / 000081**

Assuré : **JELLABI MAJIDA**

Bénéficiaire : **KHATAR SABRINA**

Sinistre N° : **23438312**

Frais engagés : **4000,00 DH**

Cher Assuré,

Merci d'avoir choisi AXA, leader mondial en assurance.

Nous avons l'honneur de vous donner notre accord pour :

- **3ème semestre ODF**
- Prescrit par le docteur : SAILE
- A hauteur de : **3250,00 Dhs**
- Bénéficiaire : KHATAR SABRINA

A la fin du traitement, un reçu dûment acquitté ainsi que les pièces justificatives devront nous être adressés.

En cas de CCM ou Bridge CCM merci de joindre les radios avant et après execution.

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante et tant que le contrat souscrit auprès de notre Compagnie par ladite société est en vigueur.

Les remboursements seront effectués suivant les conditions en vigueur et dans la limite du plafond et des taux prévus au Contrat **à la date d'exécution des actes**.

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement suite à votre traitement

Salutations sincères.

**Département Vie & Santé  
Règlements Santé**

**AITELKOUCH**

**NB : Accord valable pendant 3 mois (il ne s'agit nullement d'une prise en charge)**



*Votre santé est notre priorité*



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société	:LYCEE ALPHONSE DAUDET	N° de sinistre	:23460985
Contrat n°	:0X2 18400E / 00	N° dossier	:3606364
N° d'affiliation	:81	Date de survenance	:28/01/2023
Matricule Société	:0	Date de traitement	:07/02/2023
Assuré	:JELLABI MAJIDA	Date de remboursement	:07/02/2023
Bénéficiaire	:KHATAR SABRINA	Médecin	:*****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
ORT.DENTO.FACIALE	4 000,00	4 000,00	0	90,00	0,00	3 250,00
	4 000,00	4 000,00			0,00	3 250,00

Observations :

Informations :

Recommandations pratiques :

1. Etablir une déclaration par personne.
2. La déclaration dentaire doit comporter le nom et prénom du bénéficiaire portés par le praticien lui-même avec son cachet et celui du souscripteur..
3. La déclaration dentaire doit contenir toutes les pièces justificatives à savoir ordonnances médicales, résultats d'analyses, examens radiologiques etc...
4. Les prothèses dentaires, l'orthodontie dento-faciale (O.D.F) les parodontoses sont soumis à l'accord préalable.
5. Toutes les pièces relatives aux soins dentaires, prothèses dentaires et 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.



declaration dentaire



VG06364

À remplir par la personne contractante

Numéro de police / catégories : 63315400

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

A remplir par l'assuré

Nom : LFI ALPHONSE DA OSUI Prénom :

N° de C.I.N : Date de naissance : 1972

Montant des frais exposés : 250 DH

Cadre réservé à l'assuré  
LFI - ALPHONSE DA  
OSUI  
Q.I. Oukacha LOU-AI  
Ass. Saber - 276

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 : Casablanca le 30.01.23

Signature de l'assuré :

Données personnelles

Les données personnelles demandées ci-dessous ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble qui y sont rattachées. Elles sont collectées pour la seule fois à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation des données personnelles est limitée à la durée du contrat d'assurance et la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire à l'assurance de risques et de biens, alors en fonction des délais de prescription ou d'application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des données personnelles de l'assuré/assureur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires de l'assureur et de ses filiales, mais également autorisées dans les termes d'informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°99-06 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées contre tout support physique ou électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que toutes ces informations sont traitées dans les domaines et pour les finalités pour lesquelles elles sont collectées et conformément aux obligations réglementaires en matière de protection des données.

Les données garantissent également à l'assuré/assureur à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du Service clientèle AXA Assurance Maroc, par e-mail à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 600 Casablanca.

Le numéro exposé, l'assuré/assureur a autorisé l'assureur à utiliser ses coordonnées dans les cas de promotions commerciales au vu de proposer d'autre chose. Il peut s'opposer à ce droit à la réception de sollicitations commerciales.

Conformément à la loi 10/99, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de 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 « sinistres »

Cachet de la cellule « traitements »

X

N° :

Nom de l'assuré :

Bénéficiaire :

Frais exposés :

N° du sinistre :

Matricule :

Lien de parenté :

Date du dépôt du dossier :

Numéro du bordereau :

Numéro d'ordre :

Date des soins :