

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-776275

152392

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9839 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661052139 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Prescription par le chirurgien dentiste

Préambule concernant le patient

Nom du patient: Dr. Youssef Prénoms: Dr. Youssef

Adresse: 75 Bd. Moulay Youssef Casablanca

Age: 35 ans Sexe: M

Si suite d'un accident, en indiquer la cause:

Docteur Mohamed Ali SAÏLE
ORTHODONTISTE
75 Bd. Moulay Youssef
Tél: 27.42.44 / 27.42.45
CASABLANCA

Dents Dentures & Prothèses

État:

État:

État:

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
----------------	----------------	--------------------------	-------------	---------

N° INP

État:

Cadre réservé à
AXA Assurance Maroc

Devis / signature
et cachet du praticien

Facture / signature
et cachet du praticien

Prothèse dentaire orthodontique

Prothèse et ODF

Soit sollicité par le patient, soit de la compagnie

Devis: 21.12.13

Facture: 21.12.13

Prothèse dentaire

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

État:

État:

État:

N° ICE

N° INP

Total des honoraires

Traitement ODF

Semestre n°	Commence le	Termine le
-------------	-------------	------------

3° Semestre 2013

N° ICE

N° INP

Cadre réservé à
AXA Assurance Maroc

Devis / signature et
cachet du praticien

Facture / signature et
cachet du praticien

Docteur Mohamed Ali SAÏLE
ORTHODONTISTE
75 Bd. Moulay Youssef
Tél: 27.42.44 / 27.42.45
CASABLANCA

Pharmacie - Analyses - Radiographie

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

N° ICE

N° INP



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 :

- **3^{ème} 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 Maternité

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 %	en 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 :

2. Etablir une déclaration par personne.

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

1. La déclaration dentaire doit comporter le nom et prénom du bénéficiaire portés par le praticien lui-même avec son cachet et celui du souscripteur.
2. La déclaration dentaire doit contenir toutes les pièces justificatives à savoir ordonnances médicales, résultats d'analyses, examens radiologiques etc...
3. Les prothèses dentaires, l'orthodontie dento-faciale (O.D.F) les parodontoses sont soumis à l'accord préalable.
4. Toutes les pièces relatives aux soins dentaires, prothèses dentaires et parodontie doivent être transmises du plus
5. Les traitements d'orthodontie faciale (O.D.F) sont pris en charge selon les clauses contractuelles de votre contrat.
6. 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.
7. 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



À remplir par le ou les contractants :

Numéro de police / Category: 08218400

Numéro du bordereau _____

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré : 1 1 1 1 1 1

Numéro d'affiliation à A&F Science Maroc | | | | |

À remplir par l'assureur :

Nom : El Ghazal Prénom : Hamza

N° de C.I.N : _____ Date de naissance : 10/09/1972

Montant des frais exposés : 2 200 000 000 DH

LF1-ALPHONSE DA
OSUI
Q.I. Oukacha Lot-A
Ain C.L. 1 1 1 1 1

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 : C. H. B. - G. - U. - L. - le 21.07.22

Signature de l'assuré(e) : _____

- Données personnelles

Les données personnelles de ma vie personnelle ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble qui sont attachés. Elles sont obligatoires, notamment, pour la mise en œuvre des 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 se défendre en fonction des besoins de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication de l'assuré au sein de l'assureur souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires imposées à l'assureur et auxquelles les autorités sont autorisées à obtenir les dites 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 et garantit que les données sont protégées avec le même niveau de sécurité que les données de son client, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes travaillant les données personnelles connaissent leur obligations légales en matière de protection de ces données et

Les données à caractère personnel que nous a fait transmettre l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du Service réclamations AAA Assurance Mobilité, 120-122 Avenue Hassan II - 30 000 Casablanca.

De manière expresse, l'assureur s'engage à autoriser l'Assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de projections éditoriales en vue de proposer d'autres assurances. Il ne s'agit pas d'une cession de données à caractère personnel à des fins de sollicitation commerciale.

«conformément à la loi 78-17, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de données personnelles. Le traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à l'Agence Française Maroc

Cachet de la cellule : [un]des gsm -

Cachet de la cellule « traitement »

Ad. Anstättstr. 126-122, 40799 Nottuln B. - Düsseldorf 2900-1400
T: +49 212 695 22 34 92 92 - Fax: +49 212 695 21 89 81 85 - Internet: www.assana.com
e: info@assana.com - post@assana.com
© 2005 Assana AG. Alle Rechte vorbehalten. - Assana ist ein eingetragenes Warenzeichen der Assana AG. - 12/05

 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 :