

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 à caractère personnel.





Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société	:SERMP	N° de sinistre	:24477238
Contrat n°	:010 200230 / 00	N° dossier	:4909494
N° d'affiliation	:3005	Réf dossier	:VG09494
Matricule Société	:0	Date de survenance	:24/01/2024
CIN	:K000086	Date de traitement	:31/01/2024
Assuré	:HANNOUNE MOHAMMED	Date de remboursement	:31/01/2024
Bénéficiaire	:HANNOUNE MOHAMMED	Code agence	:0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SOINS DENTAIRES	500,00	500,00	24	35.00	0,00	400,00
	500,00	500,00			0,00	400,00

Observations :

Informations :



DR GUELZIM YASSER  
الدكتور كلزيم ياسر

CABINET DENTAIRE

عيادة طب الاسنان

دبيخ كلية طب الأسنان  
جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء  
DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE  
UNIVERSITÉ HASSAN II CASABLANCA

علاج - جراحة - علاج أمراض اللثة - تقويم  
تعويض الأسنان - طب الأسنان التجميلي  
زراعة الأسنان

SOINS - CHIRURGIE - PARODONTIE  
ORTHODONTIE - PROTHÈSE  
DENTISTERIE ESTHÉTIQUE  
IMPLANTOLOGIE

Deroua, le 24/01/2024

Patient : HANNOUNE MOHAMMED

### Note d'honoraires

La présente note d'honoraire est arrêté à la somme de : 500 DHS  
Le montant est réglé en : Espèce

Cachet

PATENTE 55800587 - IF 34462803 - ICE 002266109000038

TEL. : 0 5 22 03 10 35

EMAIL: dr.guelzim@gmail.com

ADRESSE : Lot. Achabab 1 N°13, 1<sup>er</sup> étage - Deroua

الهاتف: 0 5 22 03 10 35

البريد الإلكتروني: dr.guelzim@gmail.com

العنوان: تجزئة الشناب 1 رقم 13، الطابق الأول - الدروة

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

Fait à : DE ROME

Fait à : DE KAM, le 24/1/202

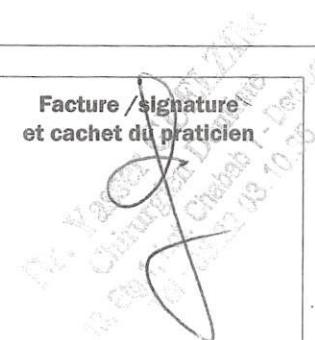
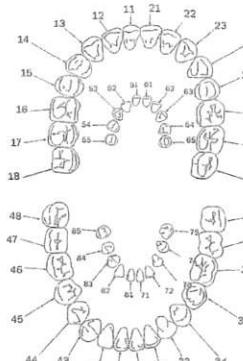
## **Soins Dentaires & Prostétiques**

## - Soins

Devis  Établi le : .....  
Facture  Établi le : 21/01/2024

Date des soins	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Montant
23/11/24		Détartrage	D12	250
24/11/24		Détartrage	D12	250

N° ICE \_\_\_\_\_ N° INP \_\_\_\_\_



#### — Prothèse dentaire

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

N° ICE

Nº INP | | | | | | | |

..... Ph

#### **— Traitement ODE**

Semestre n°	Commence le	Termine le
.....	.....	.....
.....	.....	.....

N° ICE

Nº INP | | | | | | |

## **Facture / signature et cachet du praticien**

## **Pharmacie - Analyses - Radiographies**

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

N° ICE | | | | | | | | |

Nº INP | 111111

indications pratiques :

déclaration par personne.

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

on dentaire doit comporter le nom et prénom  
aire portés par le praticien lui-même avec son  
lui du souscripteur.

ion dentaire doit contenir toutes les pièces  
s à savoir ordonnances médicales, résultats  
examens radiologiques etc...

ses dentaires, l'orthodontie donto-faciale  
arodontoses sont soumis à l'accord préalable.

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

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



VG09494

Cachet de l'entreprise

### 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

### À remplir par l'assuré

Nom : HANNOUNE

Prénom : MOHAMMED

N° de C.I.N : BH150125

Date de naissance : 16/06/79

Montant des frais exposés : 500 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 : Casablanca, le 25/01/24

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 CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »