

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Consignes 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043938

ND: 34143

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISS KAÏTOUHI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 478.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 2 / 2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

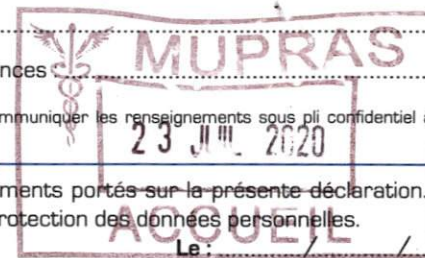
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



ations pratiques :

claration par personne.

prénoms de la personne malade doivent  
obligatoirement par les praticiens eux-  
chaque pièce transmise.

Maladie » doit être transmis dans les  
actuels de votre contrat.

ances pour traitements spéciaux doivent  
nature du traitement ainsi que le coefficient  
ant et le détail des honoraires.

de pharmacie et les notes de frais d'analyses  
ements spéciaux doivent toujours être  
ées des ordonnances du médecin traitant  
es photocopies des résultats (des analyses  
mens radiologiques).

tus et les PPV (Prix Public de Vente) relatifs  
ments doivent être joints aux ordonnances  
lant à contrôler les dates de péremption.

ger la garantie aux enfants âgés de plus de  
adhérent doit produire annuellement un  
de scolarité correspondant à l'année  
ce considérée.

nt de l'adhérent ne bénéficie d'aucun régime  
ance, merci de le préciser sur le bulletin  
n et joindre les pièces justificatives. Si cela  
en cours de contrat, vous devez nous  
quer toutes les pièces justificatives nécessaires.

ons chirurgicales : Nous fournir une facture  
de la clinique ou de l'hôpital précisant :

- Les honoraires du chirurgien et les coefficients des actes « K » correspondant à l'intervention.
- La ventilation des frais annexes (anesthésie, bloc opératoire etc...)
- Le nombre de jours d'hospitalisation et le compte rendu.
- Le détail des fournitures pharmaceutiques.

10. Maternité : Le versement de l'indemnité forfaitaire s'effectue sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du/des nouveau(x) né(s).

11. Accident ou traumatisme : (autre que l'accident de travail) : merci de préciser les causes et circonstances en mentionnant la date, l'heure et le lieu.

12. Optique : La déclaration doit comporter la prescription médicale, la facture de l'opticien précisant les références des verres achetés.

13. Confidentialité : Si la maladie revêt un caractère confidentiel, merci d'en faire préciser la nature sous pli confidentiel cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

14. Cas de grossesse : Vous devez nous le déclarer dès son diagnostic.

15. Pour les traitements médicaux à longue durée, la prise en charge est limitée à 3 mois.

16. Réclamations : Toute réclamation doit nous être formulée au plus tard dans un délai d'un (1) mois à compter de la date du dépôt du dossier maladie.



Déclaration maladie n° 1519311

À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie 048 19 0005 00

Numéro du bordereau

Numéro du sinistre

Matricule de l'assuré 7

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc

Cachet de l'entreprise

À remplir par l'assuré

Nom : JOUHAIR Prénom : AFIYA

N° de C.I.N : B 114 638 Date de naissance : 2 11 66

Montant des frais exposés : 478,00 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 : CAH le 22 2 2020

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 »

478,00



Fait à : Casa, le 22-02-2020.

Professeur HABIB EDDINE Soud  
Dermatologue - Vénérologue

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

N° ICE		N° IMP	
N° ICE		N° IMP	

Devis ☐ Nombre de séances : ..... Établi le : .....  
 Facture ☐ Nombre de séances : ..... Établi le : .....

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc



**réinventons /**  
l'assurance et l'épargne

## Quittance de remboursement

Maladie-Maternité

Société : KLEM  
Contrat n° : 010 190005/00  
N° d'affiliation : 000007  
Matricule société : 000000  
Assuré : JOUAHRI AFIFA  
Bénéficiaire : JOUAHRI AFIFA

N° de sinistre : 20468775  
N° dossier :  
Date de survenance : 22/02/2020  
Date de traitement : 9/03/2020  
Date de remboursement : 11/03/2020  
Médecin : HABIB EDDINE

Nature des prestations	Dépense réelles en dh	Base de remboursement	Cot. (nbre.)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	16,00	178	85,00	0,00	13,60
MEDICAMENTS	178,00	178,00	000	85,00	0,00	151,30
<b>Total</b>	<b>478,00</b>	<b>194,00</b>			<b>0,00</b>	<b>164,90</b>
<b>Observations :</b>						
<b>Informations :</b>						