

## 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W19-597456

52139

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11030 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMRIB FADILA

Date de naissance : 03.06.1985

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Complément

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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, le déclarant s'engage à fournir les renseignements sous pli confidentiel à l'at-  
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



ration dentaire doit être accompagnée de pièces justificatives telles que les ordonnances, les résultats d'analyses ou d'examen

lèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthodontofaciale (O.D.F) et les parodontoses sont accord préalable.

ration dentaire doit comporter les cachets du dentiste et du chirurgien-dentiste traitant, les noms de la personne soignée (bénéficiaire) la main du chirurgien-dentiste traitant.

pièces concernant les soins et prothèses doivent être transmises au plus tard 1 mois après la fin des soins.

s traitements d'orthodontie faciale (O.D.F)

entamés avant le 12<sup>ème</sup> anniversaire sont pris en charge.

6. Afin de proroger la garantie des enfants âgés de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

7. Dans les cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, merci de demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants, ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

8. La production de renseignements ou de documents intentionnellement faux annule la garantie et en cas de règlement de prestations indues, d'en récupérer le montant soit auprès de l'entreprise adhérente, soit directement auprès de l'assuré par voie judiciaire.

## Données personnelles

Données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions

La communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

En particulier, nous nous engageons à respecter le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible pour les tiers non autorisés.

Assureur s'engage à informer les personnes habilitées à traiter les données personnelles de leurs obligations légales en matière de protection des données et à s'y tenir.

Le caractère personnel peut à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

En outre, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de développer ses services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.



Déclaration dentaire n° 399821

### À remplir par la société contractante

Numéro de police / catégorie		Date du dépôt du dossier	
Numéro du bordereau		Cachet de l'entreprise	
Numéro du sinistre			
Matricule de l'assuré			
Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc			

### À remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)	HANNOUNE MOHAMMED	
Date des soins	09/10/20	Signature de l'assuré
Montant des frais exposés	19 000 DH	

### À remplir par le chirurgien dentiste

Nom et prénom du malade	HANNOUNE RAYANE	
Lien de parenté	Fils	Âge du malade
Nature des soins	Soins dentaires	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, merci de communiquer le renseignement sous pli séparé à l'attention de notre médecin-conseil.		

### Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

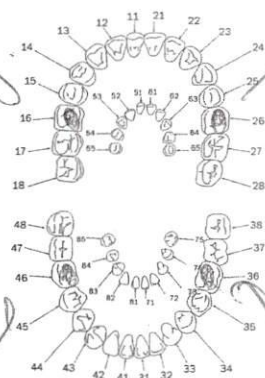
Cachet de la cellule « bordereaux » Cachet de la cellule « traitement »



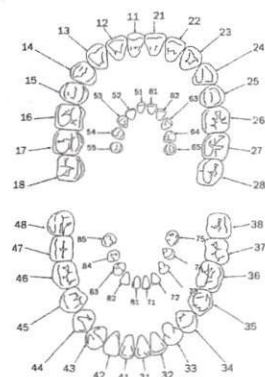
préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la générale des actes professionnels.

[illegible]

## Soins dentaires



## Prothèse dentaire



## Soins dentaires

Date des soins	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant des honoraires
20/9/20	Courbe 36	36	1,10	500
1/10/20	Courbe 26	26	1,10	500
6/10/20	Courbe 16	16	1,10	400
9/10/20	Courbe 146	46	1,10	500

Total des honoraires

Devis

Recu  
(facture)

## Prothèse dentaire

[illegible]

Total des honoraires

**Visa et cachet du praticien**  
(attestant la proposition)

**Visa et cachet du praticien**  
(attestant l'exécution et le paiement)

Date du devis

Date de la réalisation



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société	: SERMP	N° de sinistre	: 20831037
Contrat n°	: 010 200230 / 00	N° dossier	: 1600170
N° d'affiliation	: 3005	Date de survenance	: 09/10/2020
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 23/10/2020
Assuré	: HANNOUNE MOHAMMED	Date de remboursement	: 24/10/2020
Bénéficiaire	: HANNOUNE RAYAN	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
SOINS DENTAIRES	1 900,00	1 900,00	40	35.00	0,00	1 400,00
	1 900,00	1 900,00			0,00	1 400,00

Observations :

Informations :