

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

- Réclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-597456

52139

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11030

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AMRIBD FA DILA

Date de naissance : 03-06-1882

18 DEC. 2020

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Emplois

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MUPRAS Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

18 DEC. 2020

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

ACCUEIL

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) :



s pratiques

iration dentaire doit être accompagnée de pièces justificatives telles que les ordonnances, les résultats d'analyses ou d'examenologiques, etc.

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

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

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

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

Données personnelles

ersonnelles 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.

nservation 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

ommunication 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.

ant notamment 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 à toute personne non autorisée.

sure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection des données et s'y tiennent.

caractère personnel peuvent 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.

mpresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de 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 _____

Numéro du sinistre _____

Matricule de l'assuré _____

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc _____

Cachet de l'entreprise

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 00 01

À remplir par le chirurgien dentiste

Nom et prénom du malade

HANNOUNE RAYANE

Lien de parenté

fil

Âge du malade

20 ans

Nature des soins

Stom. Dentaire

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.

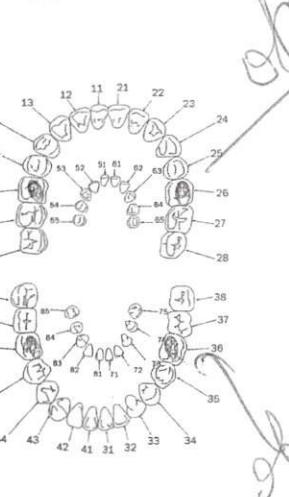
Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

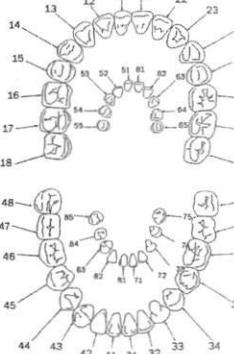
Cachet de la cellule « traitement »

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

Soins dentaire



Prothèse dentaire



Soins dentaires

Date des soins	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant des honoraires
26/8/20	Emp 26	36	1/16	500
1/10/20	Coop 26	26	1/16	500
1/10/20	Coop 26	16	1/16	400
9/10/20	Coop 146	46	1/16	320

Total des honoraires:

Recu
(facture)

Prothèse dentaire

Total des honoraires:

Visa et cachet du praticien

(attestant la proposition)

Date du devis

Date de la réalisation

RACHIDA EL BÉCHIR
Béchir Oùds Rue 30 Janvier
Mandatouia - Casablanca
Tél / Fax : 05 24 20 00 00
cachet du praticien
et l'exécution et le paiement)



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 :