

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAMMED OUDAYA

Date de naissance : 10/08/53

Adresse : 23 TBN Khatif Asef lekbir n° 6 Casablanca

Tél. : 061439283

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Aicha Iraj Houssaini

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 : Casablanca

Le : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INSTRUCTIONS À SUIVRE PAR LES ADHÉRENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1. DOCUMENTS

La feuille de déclaration de maladie doit être originale (pas de photocopies), dûment remplie (nom, prénom, matricule et lien de parenté : adhérent, conjoint ou enfant) et accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

2. PHARMACIE

L'ordonnance doit comporter la date, le nom et le prénom du malade, inscrits de la main du médecin et être accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.V (Prix Public de Vente)

3. EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

L'adhérent(e) est tenu(e) de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son/sa conjoint(e) accompagné d'une photocopie de l'acte (mariage, divorce), soit un justificatif concernant l'enfant (naissance, décès)

4. DÉLAIS

Toutes les pièces concernant la maladie ou l'accident doivent être remises à la mutuelle au plus tard 3 mois après la première visite du médecin. Pour les soins et prothèses dentaires, le délai de remise est fixé à 1 mois à compter de la date de fin du traitement.

5. INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'intervention chirurgicale, la note de la clinique doit préciser :

- a - les honoraires du chirurgien ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention ;
- b - la ventilation des frais annexes, aide, anesthésie, etc ;
- c - le nombre de jours d'hospitalisation ;
- d - le détail des fournitures pharmaceutiques.

6. SOINS DENTAIRES

Pour les soins et prothèses dentaires, demander au chirurgien dentiste un relevé détaillé des différents soins ou prothèses avec indication de la date à laquelle ils ont été effectués, des honoraires correspondants à chaque soin ou prothèse, du numéro et de la position exacte de chaque dent traitée.

Un accord préalable de la mutuelle est obligatoire avant l'exécution des prothèses, implants ou acte d'orthodontie.

7. HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

Les remboursements des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation se feront dans la limite du plafond général et au cours de change du jour des débours.

8. ACCIDENTS

En cas d'accident, préciser les causes & circonstances et éventuellement les renseignements concernant le tiers ayant occasionné l'accident.

9. FRAUDE

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera la suspension de l'adhésion jusqu'à la prochaine réunion de la commission de la mutuelle (pour décision).

Sont considérés comme fraudes :

Falsification de facture - annotation non réelle des consultations, visites, frais pharmaceutiques - substitution d'un bénéficiaire - déclaration non réelle des ayant droits.

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE			
---------------	--	--	--

Nom de l'assuré(e) : Mme IRAQI Housseini
Prénom : ALCIA

N° DE SINISTRE : NOMBRE DE PIÈCES : TOTAL DÉPENSES :

POLICE (1) : 1 2 1 1 3 MATRICULE CPM : 74195 ORDRE FAMILIAL :

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin	
	<i>Dr. Béchir Ait El Aoufi Chirurgien Orthodontiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél. 03 22 81 81 ou 03 11 11 310</i>	
	Nom du malade : <u>IRaqi Housseini</u> Prénom du malade : <u>Alcila</u> Nature de la maladie : <u>Domande de la maladie de la crise (gencive)</u>	MALADE (2)
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		

A casablanca Le 14-6-1998 Signature J.A

MNP 31-20

(1) Porter le code Banque.

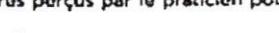
(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MÉDECIN TRAINTANT	21/6/02	C.S	Dr Anis AGGARWAL Chirurgien ORTHOPÉDISTE Dr. A. Aggarwal Chirurgien ORTHOPÉDISTE Dr. A. Aggarwal Chirurgien ORTHOPÉDISTE	3000,00	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste		Montant de la facture	Réserve à la Mutuelle
	21/06/02	PHARMACIE AL ALIA Dr. BENCHEKROUN DRISS Ass. Dr. Hassiba Al Khadra Tel: 05 22 23 78 28 - Casab		227,60	
	22/06				
	23/06			58,40	

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input type="checkbox"/> PROTHÈSE <input type="checkbox"/>	Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : 
Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :	
Date : 	
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :	
	
Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :	
Date de l'appareillage : 	



Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie de Sport

105 Bd 2 Mars, Résidence Aymane Alkhair, RDC
Tel : 05 22 81 81 16
Fax : 05 22 81 81 17
Email : orthosport@gmail.com

N° 011876

Dossier N°

Bon de règlement

Nom : ... Tazeer Hussaini

Prénom : ... Aicha

La somme de : ... 300.000

Motif: ... CS

Le : ... 21/6/12

Signature



Date : 21/06/2022

Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

Ordonnance

PHARMACIE AL ALIA
Dr BENGHEKOUN Driss
83, Bd Massira Al Khadra
Tél. 05 22 23 79 28 - Casse IRAQI-HOUSSAINI AICHA
+ Solupred (58,40)

13. 20
X3 ORT
94-
A 2

- Solupred 20 mg
3cps/1re matin pdt 10 jours
- Algik 500 mg / 50 mg
2 comprimés, x 2/pendant 10 jours
- MYDOFLEX 150 mg
1 comprimé, 3 fois par jour, pendant 15 jours

227,60

Dr Aïcha AL ALIA GOU
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd 2 Mars, Casablanca
Tél. 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17

total : 286,00

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : BP CASABLANCA 78

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA
620

MATRICULE : 74195

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02 16 00	CONSULTØ SPECIALIST MEDICAMENTS		300,00 286,00	0,85 0,85		255,00 243,10
	T O T A U X		586,00			498,10

P.S : Il est rappelé que toute ordonnance doit être accompagnée des PPM (Prix Public Marocain) et des prospectus pour chaque médicament.
Nous vous en remercions.

DATE	CODE SOCIETE	N° DU DOSSIER	NUMERO DU SINISTRE AXA	MONTANT DU REGLEMENT
4/08/2022	0X1211378	74195 00 2022 2272808	22866845	498,10