

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Complément 161506

Déclaration de Maladie : N° P19-0014175

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3457 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : SAADI TOUBIA Date de naissance : 01/5/59
Adresse : 109 Rue ABDELLAH RAJII Maarif
Tél. : 06 670 67855 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BRAOUI Mohamed Age : 62 ans
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 : 27/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : Saadi

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 : 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

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 810554

ADHERENT : GRAOUI MOHAMED
9098

BENEFICIAIRE : GRAOUI MOHAMED

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
15 00	ANALYSES B		3.252,60	0,85		2.764,71
	T O T A U X		3.252,60			2.764,71
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
		20/04/2023	0X1211398	810554 00 2023 2338163	23653683	2.764,71

Facture

N° facture : 23-01617
Date : 23/03/2023
Date de prélèvement : 23/03/2023
Patient : Mr GRAOUI Mohamed

Analyses	Valeur en B	Montant
RECHERCHE DE MYCOBACTERIES : BK	900	1 206,00
DIAGNOSTIC DES INF. TUBERCULEUSES (QUANTIFERON)	900	1 206,00
Total B	1800	2 412,00
APB	1,0	25,00
Majoration de garde		
Total		2 437,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille quatre cent trente-sept dirhams***

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES AL KINDY
44, Rue des Hôpitaux, Casablanca 20360
Tél: 0522 27 84 74 Fax: 0522 27 22 86
Gsm: 0666 55 19 62

Facture

N° facture : 23-01617

Date : 23/03/2023

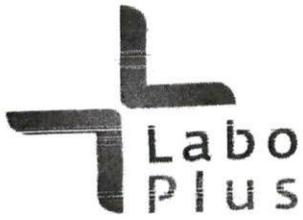
Date de prélèvement : 23/03/2023

Patient : Mr GRAOUI Mohamed

Analyses	Valeur en B	Montant
RECHERCHE DE MYCOBACTERIES : BK	900	1 206,00
DIAGNOSTIC DES INF. TUBERCULEUSES (QUANTIFERON)	900	1 206,00
Total B	1800	2 412,00
APB	1,0	25,00
Majoration de garde		
Total		2 437,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille quatre cent trente-sept dirhams***

LABORATOIRE AL KINDY
Dr. J. BELHACHMI
44, Rue des Hôpitaux Casablanca 20360
Tél: 0522 27 22 86 Fax: 0522 27 22 86
INPE: 093002517



Laboratoire de biologie médicale
مختبر التحليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحليلات الطبية

Casablanca le 22-03-2023

Mr GRAOUI Mohamed

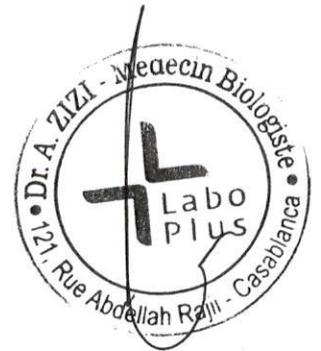
FACTURE N° B230300963

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0131	Potassium	B30	B
0135	Urée	B80	B
0216	Numération formule	B60	B
0229	Groupe ABO Rhésus	B40	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B100	B
0370	CRP	B150	B
	Examen cyto bactériologique des urines		

Total des B : 590

TOTAL DOSSIER : 815.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
huit cent quinze dirhams soixante centimes





Le 22/03/23

N° Graoui Mohamed

1) Urée, Créatinine, K⁺, CRP
ac. urique.

2) ECBU.

3) Quantiféron.

4) PCR Bacille de Koch.

dans les urines

5) NFS + P/P.

6) T/P
7) GUYAP



606, RDC, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc

Tél : +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax : +212 5 22 29 51 89

E.mail : contact@centrerein.com - site : www.centrerein.com

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.

DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

COURRIER ARRIVÉE
 03 AVR. 2023
 MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES

Nom de l'assuré(e) :

GRAOUI

Prénom :

MOHAMED

N° DE SINISTRE :

NOMBRE DE PIÈCES :

TOTAL DÉPENSES :

3252,60

POLICE (1) :

1 2 1 1 3

MATRICULE CPM :

810554

ORDRE FAMILIAL :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Nom du malade :

Prénom du malade :

Nature de la maladie :

HTA

MALADE (2)

Lui même

Conjoint

Enfant

MBP 31-20

A **CASABLANCA** Le **3, 04, 2023** Signature

(Signature)

(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	Réservé à la Mutuelle
MÉDECIN TRAITANT	22/03/23	CT		# 35 #	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES	22-03-23	B59+PC		215,60dh	
	23/3/23	B180R		2437,00DH	
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste	Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle	
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)					

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

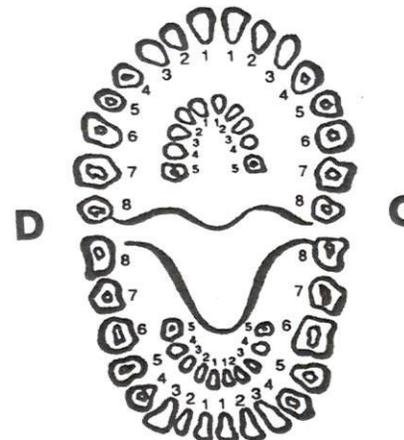
Le praticien précisera la dent traitée ainsi que l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS REÇU (3)

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant honoraires

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS PROTHÈSE



Le praticien :
 - couvre de hachures les dents à remplacer ;
 - surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets ;
 - indique la nature de l'appareil ainsi que le nombre de dents artificielles et de crochets

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 : _____