

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3457

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAPORI DORIA

Date de naissance : 07/05/59

Adresse : 109 Rue ABDELLAH RASII MAARIF

Tél. : 06 61 06 18 55

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : C. RAOUI Dohamed

Age : 68 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 : 21/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

SAPORI

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

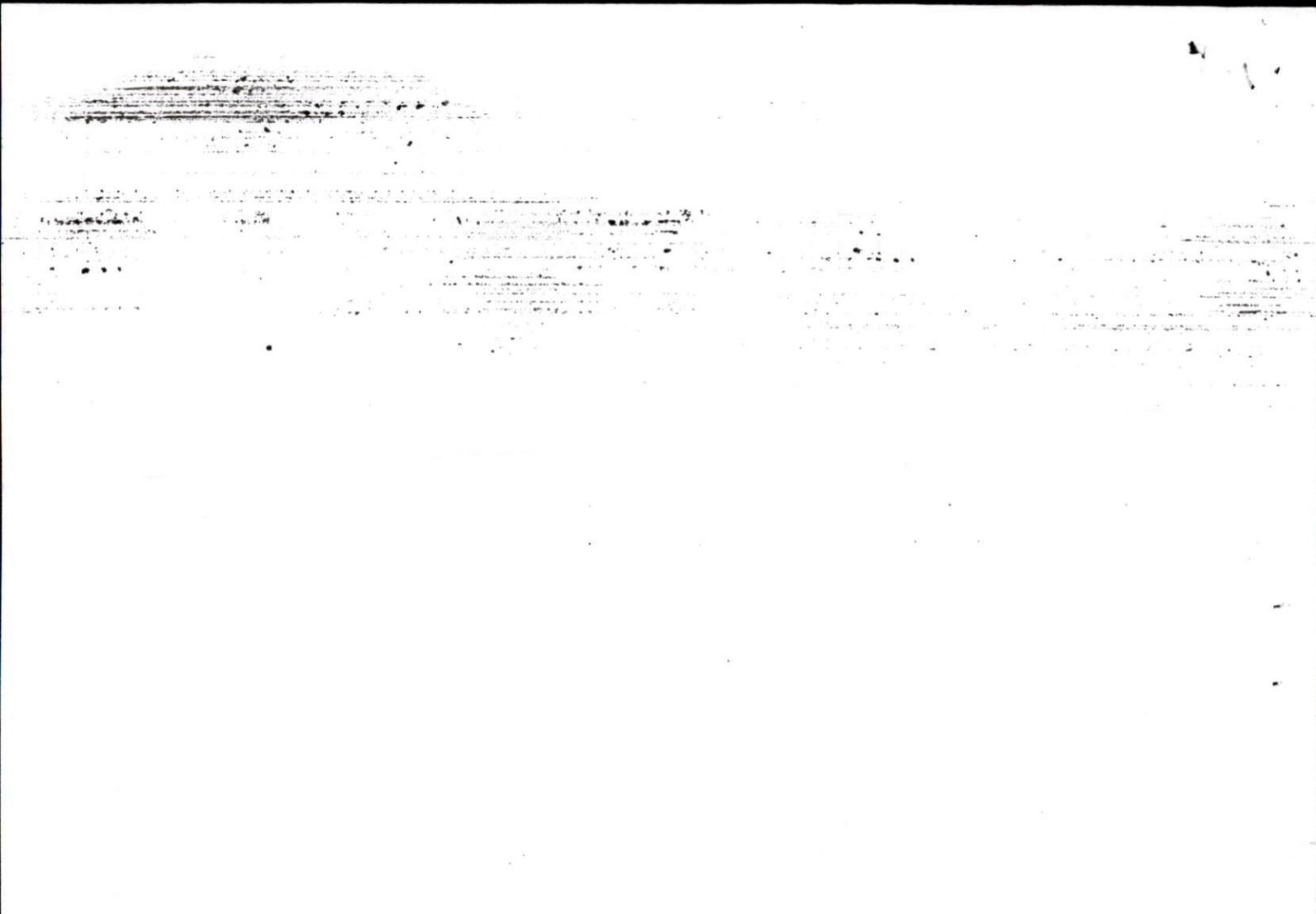
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1, 2, 3, 4), upper right (1, 2, 3, 4), lower left (5, 6, 7, 8), and lower right (5, 6, 7, 8). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The arch is oriented with the 'H' axis pointing upwards and the 'B' axis pointing downwards at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 810554

ADHERENT : GRAOUI MOHAMED
9098

BENEFICIAIRE : GRAOUI MOHAMED

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02	CONSULTØ SPECIALIST		300,00	0,85		255,00
12 07	ECHOGRAPHIE		500,00	0,85		425,00
16 00	MEDICAMENTS		445,30	0,85		378,50
	T O T A U X		1.245,30			1.058,50

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
23/03/2023	0X1211398	810554 00 2023 2330465	23575197	1.058,50

00 01 67 28 02

INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES ADHERENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1. LES PRESTATIONS :

Sont accordées sur présentation d'une feuille de maladie (pas de photocopies), dûment remplie (nom , prénom, matricole et le lien de parenté : adhérent , conjoint ou enfant) accompagnée de toutes pièces justificatives.

2. PHARMACIE :

Les prestations sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le nom, prénom du malade inscrits de la main du médecin et accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.M. (Prix Public Marocain).

3. EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION :

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

4. PIECES JOINTES :

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 après 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 ET PROTHESES DENTAIRES :

Pour les soins et la prothèse dentaire , 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, orthodontie .

7. HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

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 et 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 du comité 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 ayants droits .



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré : GRAOVI

Prénom : Mohammed

N° SINISTRE : _____ NBR. DE PIÈCES : _____ TOTAL DÉPENSES : 124530

POLICE (1) : 1 2 1 1 3 MATRICULE CPM : 810554 ORDRE FAMILIAL : _____

Dr. Mostafa ELMCHERQUI
CHIRURGE NUROLOGUE
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca
Tél: 05 22 44 56 48 / 05 22 44 56 48
06 64 19 13 19 / 05 61 19 13 06
email: elmcherqui.uro@wanadoo.fr

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Nom et adresse ou
cachet du médecin : _____

Nom du malade : GRAOVI

Prénom du malade : MOHAMMED

Nature de la maladie : RABOOGI

MALADE (2)

Lui même

Conjoint

Enfant

À 08:30 Le 05/01/2023 Signature

MBP 31 - 13

(1) Porter le code Banque .

(2) Mettre une croix dans la case correspondante .

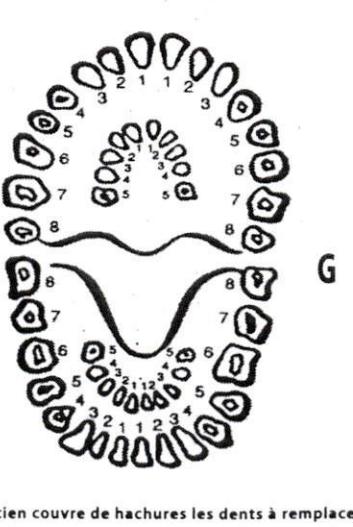
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, Veuillez communiquer :

les renseignements sous - pli cacheté à l'intention du médecin - conseil de la Mutuelle.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coemcients	Signature du médecin attestant le paiement	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	03/01/23	CS	Dr. Mostafa ELMCHERQUI CHIRURGIEN UROLOGUE 82, Bd. Victor Hugo - Casablanca 05 22 45 58 19 / 05 22 16 17 76 - Fax: 05 22 45 58 19 06 64 19 13 19 / 05 61 15 75 06 email: elmcherquiuro@yahoo.fr	309 00	
ANALYSES RADIO-GRAPHIES	16/01/23		Dr. Mostafa ELMCHERQUI CHIRURGIEN UROLOGUE 82, Bd. Victor Hugo - Casablanca 05 22 45 58 10 / 05 22 16 17 60 - Fax: 05 22 45 58 10 06 64 19 13 19 / 05 61 15 75 06 email: elmcherquiuro@yahoo.fr	109 00	
ACTES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX					
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	
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	03/01/23	INPE: 062107248 Dr. HELZY Hicham PHARMACIE CHRA Dr. HELZY Hicham Tél: 05 22 45 58 19	189,20		
	16/1/23	INPE: 062107248 Dr. HELZY Hicham PHARMACIE CHRA Dr. HELZY Hicham Tél: 05 22 45 58 19	246,10		

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS	<input type="checkbox"/>	PROTHESE	<input type="checkbox"/>
			
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>			
<p>Date : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>			
<p>Date de l'appareillage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>- Le praticien couvre de hachures les dents à remplacer. - Surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets. - Indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets.</p>			

