

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0026353

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3457 Société : Complément

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAD TOURIA ABASS

Date de naissance : 27/05/1983

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 Nohamed 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 : 27/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

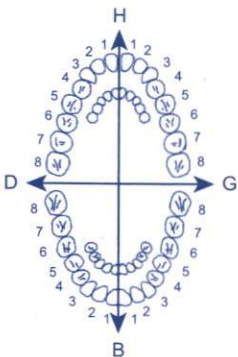
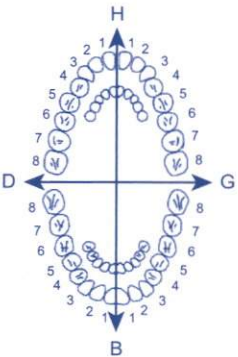
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

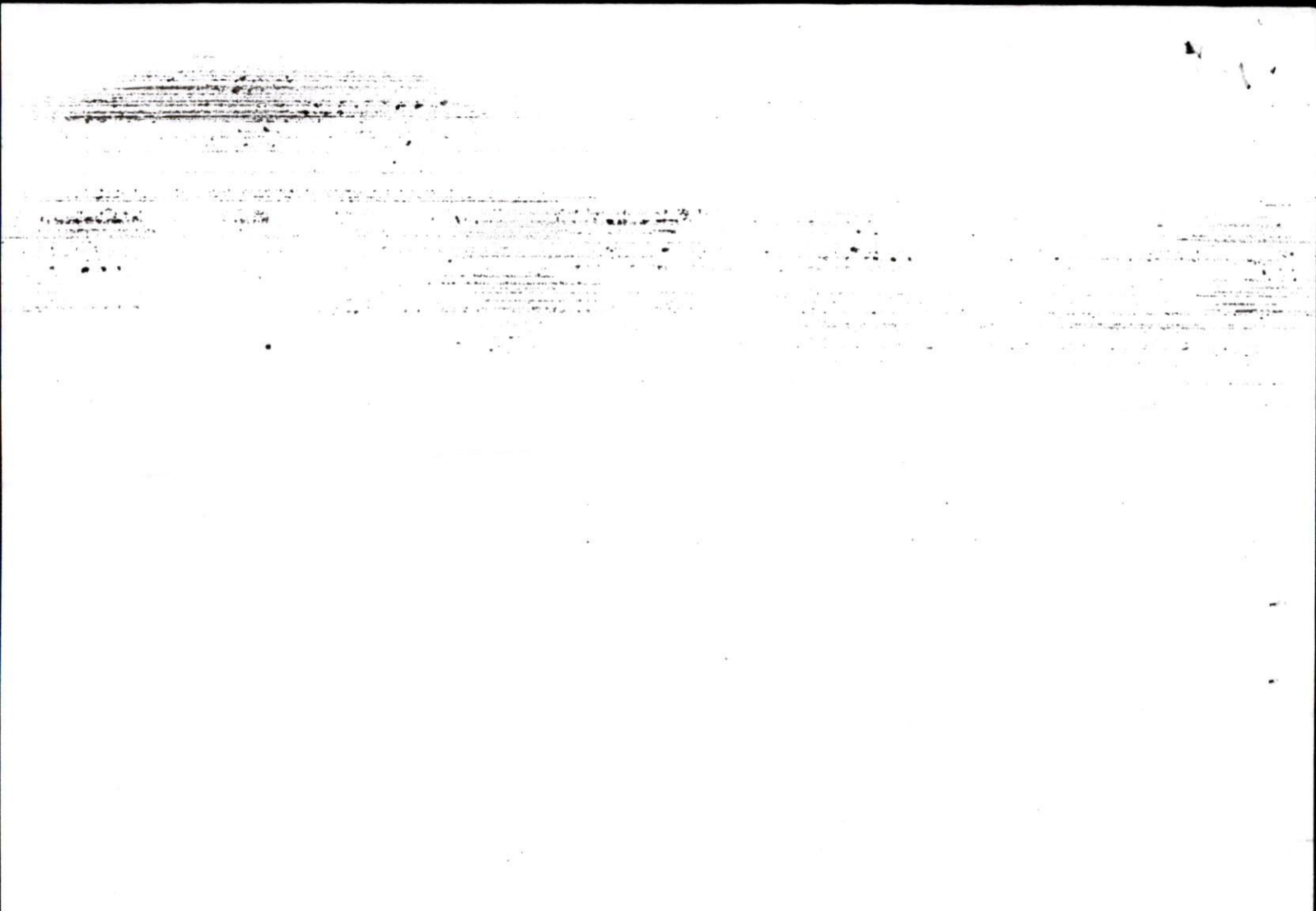
[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

	H		Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
	D	25533412 00000000 <hr/> 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
		B	21433552 00000000 <hr/> 00000000 11433553	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES**



MATRICULE : 810554

BENEFICIAIRE : GRAOUI MOHAMED

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		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 L 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

**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, matricule 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**
GRUPE BANQUE POPULAIRE

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré :

GRAOVI

Prénom :

Mohammed

N° SINISTRE :

NBR. DE PIÈCES :

TOTAL DÉPENSES :

4245,30

POLICE (1) :

1 2 1 1 3

MATRICULE CPM :

810554

ORDRE FAMILIAL :

Nom et adresse ou
cachet du médecin :

Dr. Mostafa ELMECHERQUI
CHIRURGIEN UROLOGUE
82, Bd. V. Ste Hugu - Casablanca
Tél: 05 22 44 56 48 / 05 22 15 77 78 - Fax: 05 22 44 55 48
email: elmcherqui_uro@yahoo.fr

Nom du malade :

GRAOVI

Prénom du malade :

Mohammed

Nature de la maladie :

Rabab

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

A

05/01/2023

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.

- *Chirurgien urologue et lithotripsie extracorporelle
- *Exploration urodynamique et manométrie anorectale
- *Prise en charge de l'incontinence urinaire et des prolapsus génito-urinaires
- *Prise en charge de la douleur pelvi-périnéale et de la névralgie pudendale
- *Syndrome douloureux vésicale
- *Chirurgie laparoscopique et vaginale
- *Andrologie
- *Procréation médicalement assistée

- *جراحة المسالك البولية وتفتيت الحصى.
- *التشخيص التحولي للتيبول وضغط المخرج بالتخطيط الإلكتروني.
- *التحول المدمج للسلس البولي وسلس المخرج وانزلاق الرحم والمثانة
- *تحمل آلام الحوض وأمراض عصب الشان الداخلي.
- *جراحة المهبل.
- *جراحة الحوض بالمنظار.

Casablanca le : 16.01.2023 الدار البيضاء في : 16.01.2023

193,10
CONTI 1000
144g
53,00
Dr. 1000 16
144g x 2g 2g
246,10

Dr. Mostafa ELMCHERQUI
CHIRURGIEN UROLOGUE
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca
Tél : 05 22 44 56 48 / 05 27 16 71 76 - Fax : 05 22 44 56 48
06 64 19 13 19 / 06 61 19 15 06
email: elmcherqui_uro@yahoo.fr

82, شارع فكتور هيكو قرب القصر الملكي ومؤسسة الفضيل الدار البيضاء

82, Bd Victor Hugo Prés du palais royal et de l'institut ALFADIL - Tél. : 0522 445 648 / 0771 424 656
Fax : 0808 407 902 - GSM : 0664 191 319 - Code Postal 20490 - Casablanca

- *Chirurgien urologue et lithotripsie extracorporelle
- *Exploration urodynamique et manométrie anorectale
- *Prise en charge de l'incontinence urinaire et des prolapsus génito-urinaires
- *Prise en charge de la douleur pelvi-périnéale et de la névralgie pudendale
- *Syndrome douloureux vésicale
- *Chirurgie laparoscopique et vaginale
- *Andrologie
- *Procréation médicalement assistée

- *جراحة المسالك البولية وتفتيت الحصى.
- *فحص التحولي للتيبول وضغط المخرج بالتخطيط الإلكتروني.
- *الدمج للسلس البولي وسلس المخرج وانزلاق الرحم والمثانة.
- *آلام الحوض وأمراض عصب الشان الداخلي.
- *المهبل.
- *جراحة الحوض بالمنظار.

Casablanca le : 03.01.2023 الدار البيضاء في : 03.01.2023

124,00
32,00
43,20
909,10 193,20
246,10

Dr. Mostafa ELMCHERQUI
CHIRURGIEN UROLOGUE
82, Bd. Victor Hugo - Casablanca
Tél : 05 22 44 56 48 / 05 27 16 71 76 - Fax : 05 22 44 56 48
06 64 19 13 19 / 06 61 19 15 06
email: elmcherqui_uro@yahoo.fr

82, شارع فكتور هيكو قرب القصر الملكي ومؤسسة الفضيل الدار البيضاء

82, Bd Victor Hugo Prés du palais royal et de l'institut ALFADIL - Tél. : 0522 445 648 / 0771 424 656
Fax : 0808 407 902 - GSM : 0664 191 319 - Code Postal 20490 - Casablanca
E-mail : elmcherqui_uro@yahoo.fr - Site Web : www.pudendal.ma