

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 canalaire, 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 canalaire.

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

(complément)

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014176

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3452 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAADE TOUIA Date de naissance : 01/05/59

Adresse : 109 Rue ABDELLAH RAZI, MARRAKESH

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 : GRAOUI Dohoud 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 : Le : 21/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Saade

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

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.

CHÉT 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.

06 61 0618 55 MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES

DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

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

Nom de l'assuré : Graoui
Prénom : Mohamed

N° DE SINISTRE : _____ NOMBRE DE PIÈCES : _____ TOTAL DÉPENSES : 150 EURO

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

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom et adresse ou cachet du médecin :

HÔPITAL AMÉRICAIN DE PARIS
63 bd Victor Hugo
92200 Neuilly S/Seine

Nom du malade : _____
Prénom du malade : 72
Nature de la maladie : Tumeur ténacite

MALADE (2)

Lui même
Conjoint
Enfant

A PARIS Le 29.03.2023 Signature Graoui

MNP 31-20

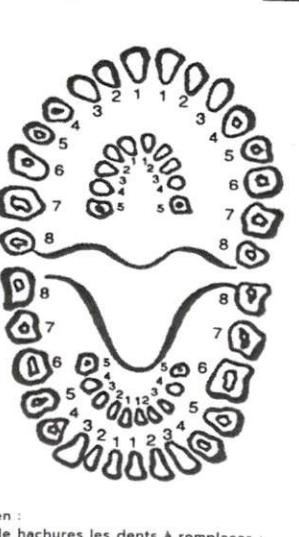
(1) Porter le code Banque.
(2) Mettre une croix dans la case correspondante.
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES
Instituée sous le régime du Dahir N°157.187 du 21 Journaâa II 1383 (12 novembre 1963), portant statut de la mutualité.
Adresse : 101, Bd Mohamed Zerkouni - B.P. 10622 - 20100 Casablanca - Tél : (+212) 5 22 20 25 33 / (+212) 5 22 22 41 11 - Fax : (+212) 5 22 28 73

Praticien MÉDECIN TRAITANT	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes 63 bd Victor Hugo 06000 Nice / France 125 25 - Fax 04 93 72	Montant détaillé des honoraires 150€	Réservé à la Mutuelle
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	Réservé à la Mutuelle

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input type="checkbox"/> PROTHÈSE <input type="checkbox"/>		
		
<p>Le praticien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 		
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div>		
<p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :</p>		
<p>Date : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/></p>		
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div>		
<p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :</p>		
<p>Date de l'appareillage : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/></p>		

**MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES**


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
102	CONSULTØ SPECIALIST frais en euro		1.692,73	0,85		1.438,82
	T O T A U X		1.692,73			1.438,82

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
13/04/2023	0X1211398	810554 00 2023 2337769	23645795	1.438,82



American Hospital of Paris

Docteur André Philippe DAVODY

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
AIHP - ACCA
Expert pour la Cour d'Appel de PARIS

Chirurgien - Urologue

75 1 70 385 1

American Hospital Of Paris
63 Boulevard Victor Hugo
92200 NEUILLY SUR SEINE
Bureau numéro 25
Secrétaire ☎ 01.46.41.28.05
Standard ☎ 01.46.41.25.25
Fax bureau ☎ 01.46.41.84.82

Paris , le 29 mars 2023

NOTE D'HONORAIRES

relative à l'acte réalisé

sur la personne de Monsieur Mohammed GRAOUI

en date du 29/03/2023

cotation : Cs

honoraires : 150 €

Docteur DAVODY

Bill Paid in Full
Note Payée en Totalité
The American Hospital of Paris
Hôpital Américain de Paris

