

RÉCOMMANDATIONS 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-618950
G3194

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AUDAGHIRI DIAHATTED

10/08/1953

Date de naissance : 10/08/1953

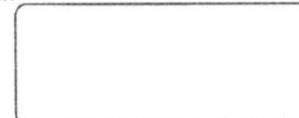
Adresse : 93 IBN KATIR ARSAT LEKBIR n°6 Casablanca

Tél. : 0661439283

Total des frais engagés : 644 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Aicha Fregi Housaini

Age :

Lui-même

Lien de parenté :

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, n'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 10/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS

ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 , alde, 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 : IRAQI Houssaini

Prénom : ALIOU

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

POLICE (1) : 1 2 1 1 3 MATRICULE CPM : 34195 ORDRE FAMILIAL :

À REMPLIR PAR LE MéDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :	Dr. TYAL Mohamed Hachem Psychiatre INPE : 091137646 Tél. : +212 522 05 15 15
	Nom du malade :	IRAFI
	Prénom du malade :	Aliou
	Nature de la maladie :	Sd Depressif
Signature		
Le 02 / 12 / 2020		
Lui même <input checked="" type="checkbox"/>		
Conjoint <input type="checkbox"/>		
Enfant <input type="checkbox"/>		

ACAA

Le 02 / 12 / 2020 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 & Coefficients	Signature du médecin attestant le paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	9.2 DEC 2020	Dr. TYAL Mohamed Hachem Psychiatre Consultation S'Inq. Tel. 091137646 212 522 05 15	450,-	15	
ANALYSES RADIO-GRAPHIES					
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	Réserve à la Mutuelle
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	02-12-2020	P.H. DU MALL Local N°1.002 Rdc Mall Aïn Diab Casablanca - Tel : 05 22 79 66 8	194,-		

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input type="checkbox"/>	PROTHESE <input type="checkbox"/>	
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :
		Date : <input type="text"/>
		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :
		<input type="text"/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :
		Date de l'appareillage : <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none"> - 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. 		

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : BP CASABLANCA 78

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA
620

MATRICULE : 74195

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

CODE RUBRIQUE	NATURE	FRAIS EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
103 99 00	CONSULTATION AGREGÉE PRESTATIONS NON REMB nr ansiovit + extramag		450,00 194,00	0,85		382,50 0,00
	T O T A U X		644,00			382,50
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
		31/12/2020	0X1211378	74195 00 2020 3005204	20973915	382,50

Dr TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre - psychanalyste

Clinique
Villa des Lilas

الدكتور التيال محمد هاشم
طبيب نفسي - محلل نفسي

Casablanca, le 02 décembre 2020

Mr. IRAQI Aicha

99,00

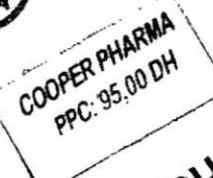
ANSIOVIT COMPRIMES

96,00

1 cp le matin, 1 cp le soir

EXTRA MAG

1 cp le matin



1.194,-

Traitements pendant : 1 Mois

Dr. TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre
INRE : 091137646
Tél. : +212 522 09 15 15

RDV le 30-12-2020 à 15h30

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1. Casablanca 20200. Maroc

ICE : 001638747000090 • IF : 43400591 • TP : 36002402 • CNSS : 2284529

Tél : +212 522 051 515 / +212 522 051 514 • Fax : +212 522 051 530

E-mail : drtyal@villadeslilas.ma • www.villadeslilas.ma