

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4165	Société :	A90286
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUDGHIRI MOHAMED
Nom & Prénom :		10/08/1953	
Date de naissance :		23 Ibn Kâfir Arsat lekbir Daarif	
Adresse :		Casablanca	
Tél. :		0661439283 Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....  
Nom et prénom du malade : Irajî Houssaini Aicha Age: .....

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 : 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



**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.

**MUTUELLE  
DE PRÉVOYANCE DES  
BANQUES POPULAIRES**



**DÉCLARATION DE MALADIE**

CACHET BANQUE			
---------------	--	--	--

Nom de l'assuré(e) : Dame IRAQI Houssaini  
Prénom : Aicha

N° DE SINISTRE : 11111111 NOMBRE DE PIÈCES : 1 TOTAL DÉPENSES : 74195

POLICE (1) : 1, 2, 1, 1, 3 MATRICULE CPM : 74195 ORIGINE FAMILIALE : 1

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :	
	<i>Dactylographié par Dr A. IRAQI Houssaini</i>	
	Nom du malade : <u>IRAQI Houssaini</u>	
Nature de la maladie : <u>Affection de la peau</u>	Prénom du malade : <u>Aicha</u>	
	Lui-même <input checked="" type="checkbox"/>	
	Conjoint <input type="checkbox"/>	
Enfant <input type="checkbox"/>		

À CPMA Le 25/03/2001 Signature J. J.

MAP 31-20

(1) Porter le code Banque

(2) Mettre une croix dans le cas 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.

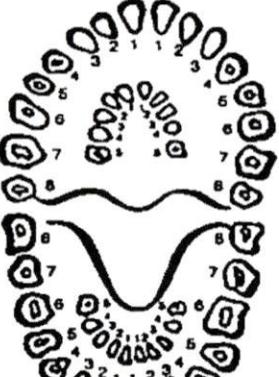
MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES

Instituée sous le régime du Décret N°157/167 du 21 Juin/mai 1983 (12 novembre 1983), portant statut de la mutuelle.  
Adresse : 101, Bd Mohamed Zektouri - BP. 10522 - 20100 Casablanca - Tél : (+212) 5 22 20 25 33 / (-212) 5 22 27 41 11 - Fax : (+212) 5 22 22 87 33

Praticien MÉDECIN TRAITANT	Date des actes médicaux 15.03.22	Nature des actes & coefficients S	Signature du médecin attestant du paiement des actes Dr BENECHROUNI Drs S 63, Bd Massira Al Khadra Tél: 05 22 23 72 20 Casa.	Montant détaillé des honoraires 300,00	Réserve à la Mutuelle
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	Date de l'ordonnance 15.03.22	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste PHARMACIE AL ALIA Dr BENCHEKROUN Drs S 63, Bd Massira Al Khadra Tél: 05 22 23 72 20 Casa.	Montant de la facture 604,30		Réserve à la Mutuelle

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

<input type="checkbox"/> SOINS <input type="checkbox"/> PROTHÈSE	
	
Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <span style="float: right;">[Scale]</span>	
Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :	
Date : <span style="float: right;">[Scale]</span>	
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 : <span style="float: right;">[Scale]</span>	
Le praticien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- couvre de hachures les dents à remplacer ;</li> <li>- surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets ;</li> <li>- indique la nature de l'appareil ainsi que le nombre de dents artificielles et de crochets.</li> </ul>	

Consultations :	Laboratoire de physiologie clinique	Endoscopie diagnostique et Interventionnelle
Pneumophysiologie	Piéthysmographie	Fibroscopie bronchique
Allergologie - Asthme	Spirométrie - Oscilling	Bronchoscopie rigide
Sommeil et ronflement	Polysomnographie	Thoracoscopie
Sevrage tabagique	Gaz du sang artériel	
Réhabilitation respiratoire	Epreuve d'effort cardio-respiratoire	
Oncologie		

دكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

دكتور عزيز الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

15/03/2022

Madame IRAQI HOUSSAINI Aicha

387, ~

FOSTER 100/6 poudre : 2 bouffées soir x 1 mois

se rincer la bouche après chaque utilisation

96, 90

APLEVAX 5 mg : 1 comp le soir x 10 jours

7, 20

FLIXONASE 120 doses : 2 pulvérisations par narine soir x 10 jours

604, 30

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81  
De 08 heures à 19 heures

## 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
1 02 16 00	CONSULTØ SPECIALIST MEDICAMENTS		300,00 604,30	0,85 0,85		255,00 513,65
	T O T A U X		904,30			768,65
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
		21/04/2022	0X1211378	74195 00 2022 2237778	22592701	768,65