

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034977

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165 Société : 190286
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMED
Date de naissance : 10/08/1953
Adresse : 23 Ibn Kadir Arsat Lekbir Daarif
Casablanca
Tél. : 0661439283 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Iraqi 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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/se 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) :

Mme IRAQI Housni

Prénom :

Aicha

N° DE SINISTRE :

1 2 1 1 3

NOMBRE
DE PIÈCES :

TOTAL
DÉPENSES :

ORDRE FAMILIAL :

POLICE (1) :

1 2 1 1 3

MATRICULE CPM :

74195

ORDRE FAMILIAL :

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Nom du malade :

IRAQI Housni

Prénom du malade :

Aicha

Nature de la maladie :

Affection usuelle

MALADE (2)

Lui-même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

A

Signature

Le 25 / 03 / 2008

Signature

400 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

Inscrite sous le régime du Dahir n°157/87 du 21 novembre 1983 (12 novembre 1983), portant statut de la mutuelle

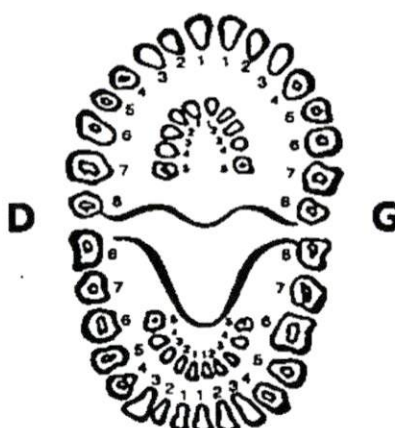
Adresse : 101, Bd Mohamed Zerkouri - B.P. 10622 - 20100 Casablanca - Tél : (+212) 5 22 20 25 33 / (+212) 5 22 22 41 11 - Fax : (+212) 5 22 22 87 33

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MÉDECIN TRAITANT	15.03.22	5	<i>[Signature]</i> Docteur NACIRI ARAB 05 22 23 72 20	300.0	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
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	
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	15.03.22	<i>[Cachet]</i> PHARMACIE AL ALIA Dr BENCHEKROUN Dassi 83, Bd. Massira Al Khadra Tél: 05 22 23 72 20 - Casa	60430		

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE				
Le praticien précisera la dent traitée ainsi que l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.				
DEVIS <input type="checkbox"/> REÇU <input type="checkbox"/> (3)				
Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant honoraires

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input type="checkbox"/> PROTHÈSE <input type="checkbox"/> 	Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : _____ Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : _____ Date : _____
Le praticien : - 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.	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 : _____

Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Piéthysmographie
Spirométrie - Oscillating
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique
et interventionnelle
Fibroscope bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscope

الدكتور محمد (إبراهيم)
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور ع. (أرابي)
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

15/03/2022

Madame IRAQI HOUSSAINI Aicha

387, 30
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

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

220, 3
CLAVULIN 1g : 1 sachet 3 fois par jour x 5 jours

604, 30
PHARMACIE AL ALIA
Dr. BENCHEKROUN Driss
83, Bd. Mohammed VI
Tél: 05 22 23 79 25

Dr. Arabi NACIRI
Professeur Agrégé
Maladies Respiratoires
2, Bis Rue Ibnou Rabik - MADRIT
Tél: 05 22 23 79 25

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

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



BANQUE : B P CASABLANCA 78

MATRICULE : 74195

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

620

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02 16 00	CONSULT ⁰ 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