

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 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22-0033925

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENYAHIN ABDERRAHIM
 Date de naissance : 1949
 Adresse : 186 LOTISSEMENT ELONDA
 S.D. MAARSE
 Tél : 066 2003 21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 21 / 11 / 2022

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

| 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 nr bactospray | | 300,00 602,20 | 0,85 0,64 | | 255,00 386,07 |
| | T O T A U X | | 902,20 | | | 641,07 |
| 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 |
| | | 15/09/2022 | 0X1211398 | 21501 00 2022 2289590 | 22965017 | 641,07 |



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) :

BELLAMINE

Prénom :

RAJAA

N° DE SINISTRE :

NOMBRE
DE PIÈCES :

TOTAL
DÉPENSES :

902,20

POLICE (1) :

1 2 1 1 3 98

MATRICULE CPM :

21501

ORDRE FAMILIAL :

00

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Nom du malade :

Prénom du malade :

Nature de la maladie :

PR. H. BENCHIKHI
Dermatologue - Vénérologie
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél : 42 65 00 00

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

À

Casablanca

Le

29 / 08 / 2022

Signature

[Signature]

MBP 31-20

(1) Porter le code Banque.


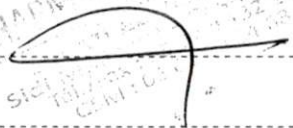
(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

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 Joumada 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 22 87 33

| Praticien | Date des actes médicaux | Nature des actes & Coefficients | Signature du médecin attestant du paiement des actes | Montant détaillé des honoraires | Réservé à la Mutuelle |
|------------------------------------|-------------------------|--|---|---------------------------------|-----------------------|
| MÉDECIN TRAITANT | 09/08/22 | 100 |  Pr. H. BENCHIKH Dermatologie - Maxillo-faciale Angl. Bd. 12 Mars et rue Amsterdam Casablanca : tel. 1212-05-22 85 00 00 | 300 21 | |
| 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 | Réservé à la Mutuelle | |
| MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE) | 09/08/22 |  PHARMACIE 1212-05-22 85 00 00 | 602,20 | | |

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

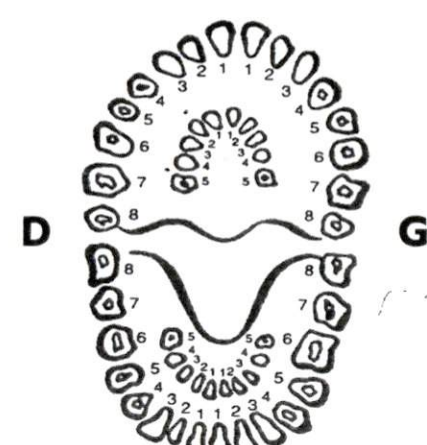
SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

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 ☐ REÇU ☐ (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 : <div></div> |
|  | Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : Date : <div></div> |
| | Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <div></div> |
| | Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse : Date de l'appareillage : <div></div> |

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.

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

استشارة حكيمة بنشيكحي

أمراض الجلدية و التناسلية

مستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 09.08.2022

Mme BELLAMINE Rajaa

632,00

1 VALEX 500 BOITE DE 42 CP

Deux comprimés trois fois par jour pendant 7 jours

22,20

2 CODOLIPRANE cp séc ad : B/16

prendre un comprimé deux fois par jour pendant 7 jours si besoin

148,00

3 BACTOSPRAY

A pulvériser deux fois par jour sur les lésions

602,20

Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tél: +212 05 22 85 00 00

PHARMACIE ANNEED ALI
Sidi Moutaouk
Tél./Fax : 05 22 85 00 00
GSM : 06 71 00 00 00

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
T 05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

hb.benchikhi@gmail.com