

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.

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.

M22- 0029112

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMMED 138569

Date de naissance : 10/08/153

Adresse : 23 Ibn Khatib Arsat El Kbir n° 10 Dar rif

Casa Blanca

Tél. : 0661439283 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Iraqi Housaini Aicha Age : 56

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 : Casablanca Le : 22/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



BACCUEIL

IBOUZAACHANE

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.

rec. n° 44 24557

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré(e) : Mo IRAQI Houssaini
Prénom : AICAA

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

POLICE (1) : 1 2 1 1 3 MATRICULE CPM : 74195 ORDRE FAMILIAL : 1

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin	
	<i>Dr. BERRADA FATIMA Chirurgien Dentiste 12, Rue Oumaima Zait, Appart N° 4, Imm Adib 2^e Etage, Qu. Parcine Casablanca</i>	
Nom du malade	<u>Mo IRAQI Houssaini</u>	
Prénom du malade	<u>AICAA</u>	
Nature de la maladie	<u>Et + paix + dent 2</u>	
MALADE (2)		
Lui même <input checked="" type="checkbox"/>		
Conjoint <input type="checkbox"/>		
Enfant <input type="checkbox"/>		

A CPA Le 12/09/2002 Signature J. A.

MEP 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.

Praticien MÉDECIN TRAITANT	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du praticien attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES	29/8/22 Rx paine Dr. BERRADA FAYIMA AHK. Z 30 Rue Oulmaima Sidi Ayyoub N° 1 Imm Adib 2e Etage, QU. Rachid Casablanca 094182755				
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	

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
29/8/22	Consultation	Dr. BERRADA FAYIMA Chirurgien Dentiste 12, Rue Oulmaima Sidi Ayyoub N° 1 2e Etage, QU. Rachid Casablanca 094182755	D 5 FAT	# 300 #
5/9/22	Détartrage haut		D 12	# 350 #
6/9/22	Détartrage bas		D 12	# 350 #

(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 :
		# 1000 #
Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : Dr. BERRADA FAYIMA Chirurgien Dentiste N° 4, Imm. Adib 12, Rue Oulmaima Sidi Ayyoub N° 1 2e Etage, QU. Rachid Casablanca Date : 06/09/22		
		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 :

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : B P CASABLANCA

78

MATRICULE : 74195

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA
620

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

CODE RUBRIQUE	NATURE	FRAIS EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
12 00	R RADIOLOGIE R-Z		300,00	0,85		255,00
35 00	SOINS DENTAIRES		1.000,00	0,85		850,00
	T O T A U X		1.300,00			1.105,00
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
		29/09/2022	0X1211378	74195 00 2022 2295123	92263438	1.105,00

Dr BERRADA Fatima-Zahra
Médecin dentiste

Diplômée de l'Université de Bourgogne Dijon France en orthopédie dento-faciale

Diplômée de L'Université Hassan II en Urgence Médicale et chirurgicale des Enfants et de l'adulte



CENTRE DENTAIRE

د. براة فاطمة الزهراء
طبيبة الأسنان

خريجة جامعة طب الأسنان في ديجون فرنسا
تخصص تقويم الأسنان

خريجة كلية الحسن الثاني لطب الأسنان
تخصص طوارئ الأسنان الطبية والجراحية
للاطفال والكبار

A CASABLANCA LE 29/08/2022

FACTURE IRAQI HOUSSAINI AICHA

Examen réalisé : - panoramique dentaire : 300 DHS

TOTAL : 300 DHS

: TROIS CENT DHS

N°12 RUE OUAIMA SAÏF APP 12 ETG 2 QUARTIER RACINE 20100 CASABLANCA MAROC
Fixe : 0522958070 GSM : 0662074708 email : cddrberradatz@gmail.com



Dr BERRADA Fatima-Zahra
Médecin dentiste

Diplômée de l'Université de
Bourgogne Dijon France
en orthopédie dento-faciale

Diplômée de L'Université Hassan II
en Urgence Médicale et chirurgicale
de l'enfant et de l'adulte



CENTRE DENTAIRE

د. بربادة فاطمة الزهراء
طبيبة الأسنان

خرابحة جامعة طب الأسنان في ديجون فرنسا
تحصص تقويم الأسنان

خرابحة كلية الحسن الثاني طب الأسنان
تحصص طوارئ الأسنان الطبية والجراحية
للاطفال والكبار

A CASABLANCA LE 29/08/2022

COMPTE RENDU IRAQI HOUSSAINI AICHA

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE

Absence de foyer infectieux

Articulation temporo mandibulaire conservé

Présence de caries multiples

Présence d'une résorption osseuse au niveau du 1/3 cervical de l'implant remplaçant 36

Présence d'une résorption osseuse au niveau distal de l'implant remplaçant la 16

N°12 RUE OUMAIMA SAÏH APPT 4 ETG 2 QUARTIER RACINE 20100 CASABLANCA MAROC
Fixe: 0522958070 GSM: 0662074708 email: cddrberradafz@gmail.com

Dr. BERRADA FATIMA ZAHRA
Chirurgien Dentiste
12, Rue Oumaima Saïh, Appt 4, Imm Adib
2e Etage, Qu. Racine - Casablanca
Tél: 0522958070
Fax: 0662074708
Email: cddrberradafz@gmail.com
4,82755

Dr BERRADA Fatima-Zahra
Médecin dentiste

Diplômée de l'Université de Bourgogne Dijon France
en orthopédie dento-faciale
Diplômée de L'Université Hassan II en Urgence Médicale et chirurgicale de l'enfants et de l'adulte



CENTRE DENTAIRE

د. بزادة فاطمة الزهراء
طبيبة الأسنان

خريجة جامعة طب الأسنان في ديجون فرنسا
تخصص تقويم الأسنان
خريجة كلية الحسن الثاني لطب الأسنان
تخصص طوارئ الأسنان الطبية والجراحية
للأطفال والكبار

ORDONNANCE

Il Laoui Houssaini

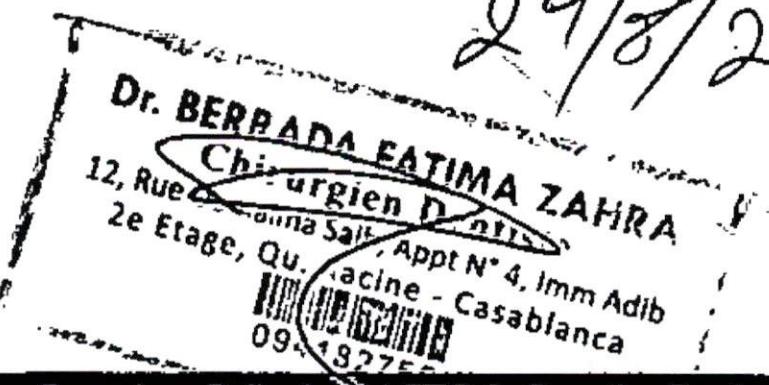
Sidès

Rx panoramique

Yousri

Close le

29/8/2022



N°12, Rue Oumaima Saïh, App 4 ETG 2, Quartier Racine
20100 - Casablanca

☎ 0522 95 80 70 ☎ 0662 07 47 08

Consulter

DATE DU DOSSIER MUTUELLE	NATURE DE LA MALADIE	MEDECIN TRAITANT	TOTAL DU MONTANT ENGAGE	TOTAL DU MONTANT REMBOURSE
06/09/2022			1300,00	1105,00
05/09/2022	COMPLEMENT		570,90	0,00
02/09/2022	AFF MEDICALE	ZI/ZI	471,70	400,94
24/08/2022	COMPLEMENT		919,20	0,00
13/07/2022	COMPLEMENT	SETTI	6438,40	1302,68
05/07/2022	DÉVIS	DR ACHARGUI	3000,00	0,00
30/06/2022	COMPLEMENT	HEIKEL	3584,10	607,08
23/06/2022	COMPLEMENT	EI. BARDAI	1502,30	275,46
21/06/2022	AFF MEDICALE	ACHARGUI	586,00	498,10
13/06/2022	AFF MEDICALE	ZI/ZI	939,50	711,87

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

RNB 04/10