

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- 0029111

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165

Société :

138568

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMED

10/03/53

Date de naissance :

Adresse : 23 Ibn Kâth Arsât lekbir n° 10

CASABLANCA DAARIF

Tél. : 06614739283 Total des frais engagés : 471,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Iraqi Housaini Aicha

Age: 54

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

MUPRAS
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 : 23/11/2022

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 remisées 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) : Mr TRAJI... Bouraoui
Prénom : ALICIA

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

POUCE (1) : 1 2 1 1 (3) MATRICULE CPM : 71195 ORDRE FAMILIAL : 1

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin	
	<u>Docteur ZIZI Abdellah</u> <u>SPECIALISTE O.R.L.</u> <u>43, BD MASSIRA EL KHABRA - Casablanca</u> <u>Tel: 022 21 52 69 - Tel: 022 21 37 71</u>	
Nom du malade	<u>Mr TRAJI Bouraoui</u> <u>Prénom du malade</u> : <u>Alicia</u>	
	<u>Nature de la maladie</u> : <u>Dyspnée</u>	
	<u>MALADE (2)</u> <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	

A : CRAB Le 12/09/2022 Signature 

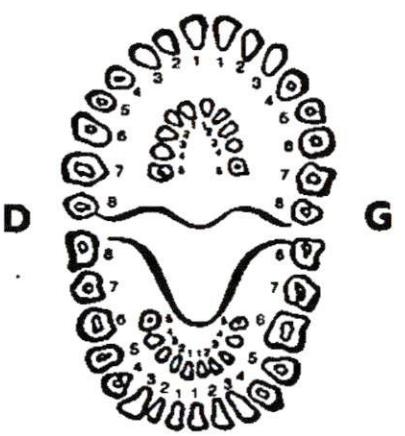
N°P 3-20

(1) Porter le code Banque.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

Dans le cas où le malade aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

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	02/09/22	6	Docteur ZIAD BEN HASSINE SPE 93 80 11 11 11	300,000Dhs	
ANALYSES OU RADIGRAPHIES					
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)	02/09/22	PHARMACIE AL ALIA Dr BENCHERROUN Driss 83 Bd Maâstra Al Khadra Tél 05 22 29 79 28 - Casab	171,70DH		
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 <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 :	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :	
			Date : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			Date de l'appareillage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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

49-24



QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : B P CASABLANCA

78

MATRICULE : 74195

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA
620

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02 16 00	CONSULTØ SPECIALIST MEDICAMENTS		300,00 171,70	0,85 0,85		255,00 145,94
	T O T A U X		471,70			400,94
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 2294637	92249205	400,94



الدكتور الزيزي عبد الحق
Docteur ZIZI Abdelhak

O.R.L Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L

دريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض و جراحة : الأنف - الحلق - الأذن - و العنق - الصمم و الدوخة

Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SURDITES - VERTIGES
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le :

02/09/2001

الدار البيضاء، في

Dr. ZIZI ABDELHAK
Docteur ZIZI ABDELHAK
Dr. ZIZI ABDELHAK
Dr. ZIZI ABDELHAK

40.00

Histogram

131.70

MP

Nasone

171.70 DH

PHARMACIE AL AIA
Dr. BEN HENKOUR Driss
83 Bd. Massira Al Khadra
Tel 05 22 27 79 28 - Casablanca



Dr. ZIZI ABDELHAK
93 Bd. MASSIRA EL KHADRA - Casablanca

Tél.: 05 22 25 93 89, 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 23 15 - GSM : 06 61 46 67 43 - E-mail : ziziabdellhak@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السرور - الدار البيضاء

93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca