

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*OUDRA HIRI DOUTA MAMMED*

Date de naissance :

*10-08-1953*

Adresse :

*23 IBN KATIR ARSAT LERBIR Casablanca*

Tél. : *06611639283*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : *Iraj Housaini 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 : *25/01/2023*

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. DÉLAI

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	A 22 866593 dev, 15		
---------------	---------------------	--	--

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

N° DE SINISTRE :	2274682	NOMBRE DE PIÈCES :	03	TOTAL DÉPENSES :	3000
------------------	---------	--------------------	----	------------------	------

POLICE (1) :	1 2 1 1 3 78	MATRICULE CPM :	74195	ORDRE FAMILIAL :	22
--------------	--------------	-----------------	-------	------------------	----

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :
	Dr Aïcha ALHARGUI Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca TEL 0522818116 - MR 09117691
	Nom du malade :
	Iraqi Houssaini
	Prénom du malade :
	Aicha
	Nature de la maladie :
	Rubalgie tendinite des
	MUSCULOSQUELÉTALE
	DU BRAS DROIT
	signature

MALADE (2)
Lui même <input checked="" type="checkbox"/>
Conjoint <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>

MBP 31-20	MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES
	05 AOUT 2022
	Le 05/08/2022
	18 JUIL. 2022
	COURRIER ARRIVÉE

(1) Porter le code Banque  
(2) Mentionner le code de la cause éventuellement.

Dans le cas où le code 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 praticien attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MÉDECIN TRAITANT	SH/82	CS	<i>Dr Anis A. CHARGOR Chirurgien Orthopédiste 105, 60, 1er étage, 1000 Casablanca Téléphone : 05 22 36 83 35</i>	G	
ANALYSES OU RADIGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX	Dentier 15 13/03/82 Découpage		<i>L'UNIQUE CLINIQUE THERAPEUTIQUE RUE OUMAIMA, BUREAU MARYA ETG BUREAU MARYA ETG TEL: 05 22 36 83 35</i>		
Facture	15 Accus		<i>L'UNIQUE CLINIQUE THERAPEUTIQUE RUE OUMAIMA, BUREAU MARYA ETG BUREAU MARYA ETG TEL: 05 22 36 83 35</i>		
11/19/82					
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)		<i>CENTRE DE REHABILITATION RUE OUMAIMA, BUREAU MARYA ETG BUREAU MARYA ETG TEL: 05 22 36 83</i>			
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 :
		<input type="checkbox"/>
D		G
		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"/> <input type="checkbox"/>
		Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :
		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

79-24

MUTUELLE  
DE PRÉVOYANCE DES  
BANQUES POPULAIRES



## QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : B P 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
11 01	SEANCES DE KINESITH		3.000,00	0,85		2.550,00
	TOTAU X		3.000,00			2.550,00
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
		3/11/2022	0X1211378	74195 00 2022 2274582	22866593	2.550,00

## *Centre Kinésithérapie Racine*

مركز الترويض الطبي راسين

18 rue oumayna sayeh, quartier racine  
n°3 Etage 1 Espace Maryamo  
GSM : 0662 21 01 08 / Fixe : 0522 36 83 35

TP:35718908 RC:418386

ICE:002545405000020

*Casablanca le 13/07/2022*

A l'attention de Mme IRAQI HOUSSAINI AICHA

DEVIS : N°11/2022

Objet : 15 Séances de rééducation du pubalgies et tendinite des adducteurs a droite :

<i>Désignation</i>	<i>Nombre de séances</i>	<i>Montant</i>
Rééducation du pubalgies et tendinite des adducteurs a droite	15 séances	3000,00Dhs

*Cette facture est arrêtée à la somme de trois mille Dirhams*

CENTRE DE KINESITHERAPIE RACINE  
 RUE OUMAINA SAYEH RES ESPACE  
 BUREAU MARYAMO ETG 1 N° 1  
 TEL: 05 22 36 83 35



CASABLANCA LE : 04/08/2022

Réf. : CHA

IRAQUI HOUSSAINI AICHA  
S/C DE LA HIERARCHIE

BANQUE POPULAIRE  
CASABLANCA

CONTRAT GROUPE : 0X1 211378  
MATRICULE : 074195  
BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA  
SINISTRE N° : 2274582

OBJET : LETTRE D'ACCORD

Monsieur (Madame, Mademoiselle),

Nous avons l'honneur de vous donner notre accord pour :

- 15 séances de rééducation
- Prescrit par le docteur : ACHARGUI
- En date du : 05/07/2022
- Concernant : IRAQUI HOUSSAINI AICHA
- Montant du devis : 3000,00 Dhs.
- C'est la date de réalisation des travaux et de règlement qui détermine l'exercice de consommation du plafond de la prestation

N.B : Prestation plafonnée annuellement par personne couvert à 3000 DH pour les soins dentaires, 3000 DH pour la parodontose, 3000 DH pour une couronne, 5000 DH pour 2 couronnes , 7000 DH pour 3 couronnes et plus, 7000 DH pour le traitement ODF des enfants âgés entre 7 et 14 ans, 8000 DH pour l'implant dentaire.

Vous trouverez ci-joint le devis objet de notre présent accord qui sera complété par un reçu dûment acquitté par votre médecin traitant et qui devra nous être retourné, après la fin du traitement.

Il est entendu que cet accord reste valable tant que vous ferez partie des adhérents répondants aux conditions fixées par le Règlement interieur de la mutuelle. Sa durée de validité est de 6 mois. Le remboursement sera fait à hauteur du plafond disponible et reste soumis à un éventuel contrôle médical.

Veuillez agréer, Monsieur (Madame, Mademoiselle), l'expression de nos sentiments distingués.

P.J : Votre devis.



## **Centre Kinésithérapie Racine**

**مركز الترويض الطبي راسين**

18 rue oumayna sayeh, quartier racine  
n°3 Etage 1 Espace Maryamo  
GSM : 0662 21 01 08 / Fixe : 0522 36 83 35  
TP:35718908 RC:418386

**Casablanca le 11/10/2022**

A l'attention de Mme IRAQI HOUSSAINI AICHA

**FACTURE : N° 14/2022**

Objet : 15 séances de rééducation du pubalgie et tendinite des adducteurs a droite:

<b>Désignation</b>	<b>Nombre de séances</b>	<b>Calendrier des séances</b>	<b>Montant</b>
Rééducation du pubalgie et tendinite des adducteurs a droite	15 séances	29/08/2022 31/08/2022 05/09/2022 07/09/2022 09/09/2022 12/09/2022 14/09/2022 16/09/2022 20/09/2022 27/09/2022 30/09/2022 03/10/2022 05/10/2022 07/10/2022 11/10/2022	3000.00DH
<b>Total</b>			<b>3000.00DH</b>

Cette facture est arrêtée à la somme de trois mille Dirhams

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE RACINE  
 RUE OUMAIMA SAYEH RES ESPACE  
 BUREAU MARYAMO ETG 1 N°1  
 CASABLANCA  
 TEL: 05 22 36 83 35