

# 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.

Matricule : 4165 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUDRAHRI MOHAMED

Date de naissance : 10/08/1953

Adresse : 93 TBN Kahir Arsat lekhir app 10. Casablanca

Tél. : 066 143 92 83 Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Idriss Housseini Aicha Age : 54

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 : 17/01/2023

Signature de l'adhérent : 

TG 24

MUTUELLE  
DE PRÉVOYANCE DES  
BANQUES POPULAIRES



## 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
35 00	SOINS DENTAIRES		3.100,00	0,69		2.150,50
	T O T A U X		3.100,00			2.150,00
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
		24/11/2022	0X1211378	74195 00 2022 3217701	92427549	2.150,00

## 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

RNB le 30/11 → 2150 dh

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré(e) : Dra I.RAQI Housaini  
Prénom : AICHA

N° DE SINISTRE : \_\_\_\_\_ NOMBRE DE PIÈCES : \_\_\_\_\_ TOTAL DÉPENSES : \_\_\_\_\_

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

Prénom du malade

Nature de la maladie

MALADE (2)

Lui même

Conjoint

Enfant

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 l'œil 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	Réservé à la Mutuelle
MÉDECIN TRAÎNANT					
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances 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)

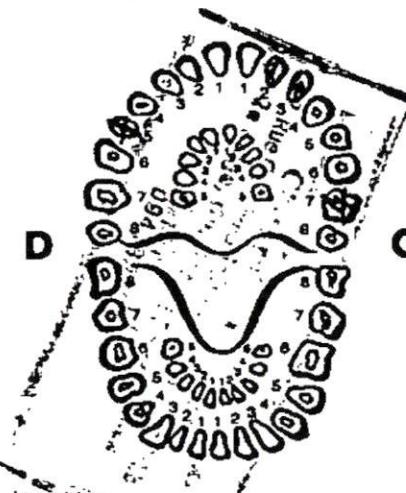
**SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE**

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) (3) Mettre une croix dans la case correspondante

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficients	Montant honoraires
13/9/2022	CP 3f	20	D 25	4800f
21/9/2022	CP 2f	23	D 25	4800f
19/10/2022	CP 3g	15	D 25	4800f
26/10/2022	CP 2g	27	D 20	4700f

(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 : <b>43100f</b>
		Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : <b>LE DR M. P. L. 19/10/2022</b>
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 : <b>19/10/2022</b>		

Le praticien :  
 - couvre de bouchures 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.