

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0027252

146588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMMED
Date de naissance : 10/08/1953
Adresse : 23 JBN Katir Arsat Lekbir appo Nasrif Casablanca
Tél. : 0661439283 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Iragi 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(e) :

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

**MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES**



BANQUE : B P CASABLANCA

78

MATRICULE : 74195

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

620

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
35 00	SOINS DENTAIRES		3.100,00	0,69		2.150,00
	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

Instituée sous le régime du Dahir N°157187 du 21 Joumada II 1383 (12 novembre 1963), portant statut de la mutualité
Adresse: 101, Bd Mohamed Zerkouni - BP 10622 - 20100 Casablanca - Tél.: (+212) 5 22 20 25 33 / (+212) 5 22 22 41 11 - Fax: (+212) 5 22 22 87 93

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					
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)					

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 checked="" type="checkbox"/> (3)				
Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant honoraires
13/9/2022	CP 3	22	D ₂	#800
21/9/2022	CP 2	23	D ₂₅	#800
19/10/2022	CP 3	15	D ₂₅	#800
26/10/2022	CP 2	27	D ₂₀	#700

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input type="checkbox"/>	PROTHÈSE <input type="checkbox"/>
<p>Le praticien</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :</p> <p>Date : 26/10/2022</p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :</p> <p>Date de l'appareillage :</p>	