

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- 0056313

VA

Donia Ben Abdellah
Optique 149381 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00 774

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SENYA H. ABBERRAFI

Date de naissance :

1949

Adresse :

186 LO 7 DEMEURE 74494

Tél. :

066 200 316 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : *00la* Le : *13/02/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *B*

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, matricole 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

CACHET BANQUE

| | | | |
|----------------------|-----------|--------------------|--|
| Nom de l'assuré(e) : | BELLAMINE | | |
| Prénom : | RAJAA | | |
| N° DE SINISTRE : | | NOMBRE DE PIÈCES : | |
| TOTAL DÉPENSES : | | 3.750,00 | |

| | | | | | |
|--------------|--------------|-----------------|-------|------------------|----|
| POLICE (1) : | 1 2 1 1 3 98 | MATRICULE CPM : | 21501 | ORDRE FAMILIAL : | 00 |
|--------------|--------------|-----------------|-------|------------------|----|

| | | | | | |
|--------------------------|---|-----------|--|--|--|
| À REMPLIR PAR LE MÉDECIN | Nom et adresse ou cachet du médecin <i>Centre de soins de la famille, Casablanca</i> | | | | |
| | Nom du malade : | Bellamine | | | |
| | Prénom du malade : | RAJAA | | | |
| | Nature de la maladie : | Grippale | | | |
| MALADE (2) | | | | | |
| Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| Conjoint | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Enfant | <input type="checkbox"/> | | | | |

À Casablanca Le 08.12.2022 Signature

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 pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

| Praticien MÉDECIN TRAITANT | Date des actes médicaux | Nature des actes & Coefficients | Signature du médecin attestant du paiement des actes | Montant détaillé des honoraires | Réservé à la Mutuelle |
|---|-------------------------|--|---|---------------------------------|-----------------------|
| ANALYSES OU RADIOGRAPHIES | | | | | |
| ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX | 23/11/2021 | 15 ANS A 100% Zineb IBENKHAYAT Kinésithérapeute Sophrologue 022 82 37 10 | Zineb IBENKHAYAT Kinésithérapeute Sophrologue 022 82 37 10 | 250 x 15 = 3750 dh | |
| 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 |

Réserve 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

| | | |
|---|--|--|
| SOINS <input type="checkbox"/> | PROTHÈSE <input type="checkbox"/> | |
| | | |
| Le praticien : <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. | | |
| | | Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : |
| | | Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : |
| | | Date : |
| | | 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
Maladie Maternite

Société : C.P.M - BCP : PL - RETRAIT N° de sinistre : 92547315
Contrat n° : 0X1211498 / 00 N° dossier : 8726816
N° d'affiliation : 21501 Date de survenance : 12/10/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 01/01/2023
Assuré : BELLAMINE RAJAA Date de remboursement : 01/01/2023
Bénéficiaire : BELLAMINE RAJAA Médecin : *****

| Nature des prestations | Dépense réelles en dhs | Base de remboursement | Cof (nbre) | Taux % | Remboursement autre Cie | Remboursement AXA |
|------------------------|------------------------|-----------------------|------------|--------|-------------------------|-------------------|
| SEANCES DE KINESITHE | 3 750,00 | 3 750,00 | 15 | 85,00 | 0,00 | 3 187,50 |
| | 3 750,00 | 3 750,00 | | | 0,00 | 3 187,50 |

Observations :

Informations :

07 FFV 2022
Banque centrale populaire S.A.
101 Bd. Zerktouni-Casablanca - R.C. CASABLANCA

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



سناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل

والعمود الفقري والعضلات

تف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعود

Casablanca, le الدار البيضاء، في :
12 Octo 2022

N° Bellanex right

RC } GVI cardia

Lor Sartorius

Osteoprot

CHERIF BEN MOUSSA,
RUE DR. IBN ROCHD 3ème Etage -
1000 Casablanca - Maroc

05.22.22.23.04

NATATION sur dos +

Oxénie et élévation ascendante
grande secoue

Abdomen

1/2 1/2
CHERIF BEN MOUSSA
RHUMATOLOGIST
TÉL. 05.22.22.23.04

Centre de Kinésithérapie

ZINEB IBENKHAYAT
KINÉSITHÉRAPEUTE
SOPHROLOGUE

DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ
ALFONSO X A MADRID
ANCIENNE ATTACHÉE À
L'HÔPITAL NEKER À PARIS

SPECIALISTE EN :

- REED UROGYNÉCOLOGIQUE
- NÉO RESPIRATOIRE
- KINÉ PEDIATRIQUE
- THÉRAPIE ESTHÉTIQUE & CHIRURGIE PLASTIQUE
- REED & PAFF EN CHARGE DU CANCER DU SEIN
- REED DU SYSTÈME CIRCULATOIRE
- SOPHROLOGIE & GESTION DU STRESS

Casablanca, le 23/11/2002

NOTE D'HONORAIRES

La somme de Trois mille sept cent cinquante DH

Pour une série de 15 Séances de Rééducation
en piscine du Sashis lombaire et
Cervicale

Durant la période du 12/10 au 23/11 2002

Sur Ordonnance du Docteur Hafna chérif Benmoussa

Adresser à Bellamie Soufia

Avec mes Remerciements

Zineb IBENKHAYAT
Kinésithérapeute
Sophrologue
Tel : 022 22 82 44 76

