

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : ZENYAHIA ABOUABAFI	
Date de naissance : 19/49	
Adresse : 186 route de Skhirat Floraq - Sidi MAAROUF SIDI BOUZID	
Tél. : 066 5200356	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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.

Le : **12/03/2023**
"adhérent(e)" : **Yassine Fakir**

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

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré(e) :	BELLAMINE		
Prénom :	RAJAA		
N° DE SINISTRE :		NOMBRE DE PIÈCES :	
TOTAL DÉPENSES :		330,30	

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>CHERIF BEN MOUSSA, I.HUMATOLOGUE F.C. 101 MA 11 UX Rue... 222304</i>		
	Nom du malade :	<i>Bellamine</i>	
	Prénom du malade :	<i>Rajaa</i>	
	Nature de la maladie :	<i>Rhume flue</i>	
MALADE (2)	<input checked="" type="checkbox"/> Lui même		
	<input type="checkbox"/> Conjoint		
	<input type="checkbox"/> Enfant		

À Casablanca Le 24/01/2023 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	Réserve à la Mutuelle
	19 Janv 2023	S	<i>CHERIF BEN YAHIA</i>	<i>200</i>	<i>✓</i>
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX	ANALYSES OU RADIOGRAPHIES				
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste		Montant de la facture	Réserve à la Mutuelle
	19/01/2023	<i>Dr. BENYAHIA M'hamed Michael</i> <i>Pharmacie RABIB</i> <i>173, Bd EL Hiraâ Lot Errabib</i> <i>BERREKAÏP - Tél: 0522 33 69 00</i>	<i>330,30</i>		

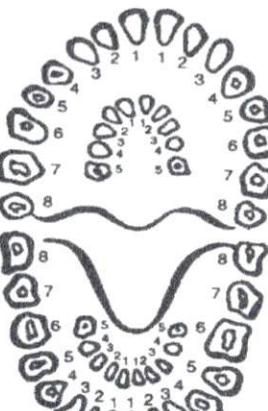
Réserve à la Mutuelle (commentaire)

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"/> 	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> D G </div> <p>Date : <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 10px;" type="text"/></p> <hr/> <p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> </div> <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :</p> <div style="text-align: right;"> D G </div> <p>Date de l'appareillage : <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 10px;" type="text"/></p>
--	--

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



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائي في الروماتيزم
أمراض العظام و المفاصل
و العمود الفقري و العضلات
الهاتف / الفاكس : 05 22 22 23 04

بالموعد

Casablanca, le : 19 Janv 2023 الدار البيضاء، في :

Bellavista Rgma

1 Cortamyl 5

4 CP 1/2 x 0.1

3 CP 1/2 x 0.1

3 g 1/2 x 0.1

2 CP 1/2 x 0.1

2 g 1/2 x 0.1

110.10 x 3

1 CP 1/2

Calcu - V.1 D 3

2

x 3 my

05 22 22 23 04, زنقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف.الفاكس :

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3^{eme} Etage - Tél.Fax : 05 22 22 23 04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Dr. BENNAFAA Mohamed Hicham
Rheumatologist
173, Bd Al Isha'a Lot Errabbi
BERRECHID 10000
Pharmacie RABIA
Casablanca, Maroc
Tél. 0522 33 69 50

DR. HASNA MOUSSA,
RHEUMATOLOGUE,
CHU IBN ROCHD,
CASABLANCA, MAROC.
TÉL. 0522 33 69 50
Fax: 0522 33 69 50
E-mail: hasnaab5@hotmail.com

AS

3 - Cédé
149 = à un depon

CHERIF BEN MOUSSA,
RHEUMATOLOGUE
14, Rue dr. Y. Ch. des Hôpitaux
Tunis 10522 22 23 04



QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

CODE RUBRIQUE	NATURE	FRAIS EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
16 00	MEDICAMENTS		330,30	0,85		280,75
	TOTAL X		330,30			280,75

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
9/02/2023	0X1211398	21501 00 2023 2310533	23467163	280,75