

# 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.

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  
M22-0015816 196123

## Maladie

## Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RENAYA LIA ABDERRAOUF

Date de naissance : 1949

Adresse :

186 LOTISSEMENT FLORIDA  
SIDI MAAROUF

Tél. : 0665240356

Total des frais engagés : .Dhs

Autres

### 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.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/02/2024

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0015816

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Signature de l'adhérent :

Matricule : 00774

Nom de l'adhérent(e) : RENAYA LIA

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
1 02	CONSULTØ SPECIALIST		300,00	0,85		255,00
16 00	MEDICAMENTS		132,30	0,85		112,45
99 00	PRESTATIONS NON REMB		89,00			0,00
	NR/ SEDASTERIL					
	T O T A U X		521,30			367,45

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
16/11/2023	0X1211398	21501 00 2023 3313689	93557209	367,45

## 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

[Large empty box for stamp]

Nom de l'assuré(e) : BELLA MINE  
Prénom : RAJAA

N° DE SINISTRE : [ ] NOMBRE DE PIÈCES : [ ] TOTAL DÉPENSES : 521,30

POLICE (1) : 1 2 1 1 3 98 MATRICULE CPM : Pr. H. BENCHIKHI ORDRE FAMILIAL : 00

Dermatologie Vénérologie  
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca - Tel. : +212 52 22 85 00 00

Nom et adresse ou cachet du médecin

MALADE (2)

Lui même   
Conjoint   
Enfant

Nom du malade : Bellamine  
Prénom du malade : Rajaa  
Nature de la maladie : Demote

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Signature  
Dermatologue - Vénérologue  
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca - Tel. : +212 52 22 85 00 00

le 25/10/2023

(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.

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES  
Instituée sous le régime du Dahir N°157.187 du 21 Jourmada II 1383 (12 novembre 1963), portant statut de la mutualité.  
Adresse : 101, Bd Mohamed Zerkouni - B.P. 10622 - 20100 Casablanca - Tel : (+212) 5 22 20 25 33 / (+212) 5 22 22 41 11 - Fax : (+212) 5 22 22 87 33

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	18/10/23	100	Pr. H BENCHIKH Dermatologie - Vénérologie Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam Casablanca - Tel. +212 05 22 05 00 00	300	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste	Dr. BENYAHIA Mohamed Rizach Pharmacie RABIS 173, Bd. Errahba Lot Errabbi BERRECHID - Tél: 0522 33 69 00	Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	18/10/23			221,30	

### Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

<b>SOINS</b> <input type="checkbox"/>	<b>PROTHÈSE</b> <input type="checkbox"/>
<p>Le praticien :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- couvre de hachures les dents à remplacer ;</li> <li>- surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets ;</li> <li>- indique la nature de l'appareil ainsi que le nombre de dents artificielles et de crochets.</li> </ul>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div>	
<p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :</p> <div style="text-align: center;"> </div>	
<p>Date : <input type="text"/></p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div>	
<p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :</p> <div style="text-align: center;"> </div>	
<p>Date de l'appareillage : <input type="text"/></p>	

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخي

الأمراض الجلدية و التناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 18.10.2023

Mme BELLAMINE Rajaa

1 EFFIPRED 20 MG

Deux cp par jour le matin à 8 heures pendant 3 jours

2 XYZALL 5mg cp pellic : B/14

Un comprimé matin et soir pendant 7 jours

3 DERMOVAL 0,05 % crème : T/10g

Appliquer deux fois par jour pendant 4 jours puis une fois par jour pendant 7 jours  
puis un jour sur deux pendant 8 jours  
sur les lésions rouges

4 SEDASTERIL CREME LAVANTE

A appliquer sur lésion ou peau mouillée, faire mousser puis rincer, 1 fois par jour  
pendant 10 jours

Spécialités

Dermato-Allergologie  
Maladies Vénériennes  
Dermatologie esthétique  
Laser cutané

Pr. H. BENCHIKHI

Cabinet privé

Résidence Amsterdam  
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam  
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)  
05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02  
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167

hb.benchikhi@gmail.com