

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Le 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- 0024680

Complexeat

19412

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDEARRAFIA

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LOTISSEMENT FLORIDA

SAIDI ALLAOUI S. CASABLANCA

Tél. : 0661800356 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.

Fait à : Casablanca Le : 08/02/2014

Signature de l'adhérent(e) : Ben Yahia Abderrafia



## Situation de la mutuelle et de l'AMC par agent au : 06/02/2024

Matricule : 0021501 BELLAMINE RAJAA

N° Sinistre	Date Sin.	Compte à debiter	Nature Maladie	Medecin	Mt engagé	Mt avancé	Mt remboursé	Date règlement	Observation MPBP
2 365 012 00	24/05/23	78042115014130170003	AFF MEDICALE	OUDRHIRI	2 388.20	0.00	2 029.97	06/07/2023	30/06/23
2 373 142 01	14/06/23	78042115014130170003	COMPLÉMENT		1 400.00	0.00	1 190.00	20/07/2023	
2 373 221 00	05/06/23	78042115014130170003	AFF MEDICALE	RAIS	4 735.43	0.00	4 025.11	27/07/2023	20/07/23
2 373 274 01	10/07/23	78042115014130170003	COMPLEMENT		2 353.20	0.00	556.20	20/07/2023	
2 373 321 01	20/05/23	78042115014130170003	COMPLEMENT	DR CHAFIQ FIL	2 492.80	0.00	831.00	20/07/2023	
2 375 684 01	14/07/23	78042115014130170003	COMPELEMENT	MOUSTAGHFIR	6 399.40	0.00	2 599.88	10/08/2023	03/08/23
2 375 788 01	27/06/23	78042115014130170003	COMPLEMENT		6 390.00	0.00	3 261.00	03/08/2023	
2 377 890 00	06/07/23	78042115014130170003	AFF MEDICALE	LEMSEFFER	1 351.20	0.00	1 191.02	03/08/2023	
2 378 064 01	26/06/23	78042115014130170003	COMPLEMENT	TOUIMI	6 816.60	0.00	5 546.64	03/08/2023	
2 393 649 00	27/07/23	78042115014130170003	AFF MEDICALE	OUDRHIRI	1 352.30	0.00	1 073.38	21/09/2023	
2 395 154 01	20/07/23	78042115014130170003	COMPLEMENT		6 310.90	0.00	3 362.18	28/09/2023	BD MOHAMED ZERKTOUNI MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES CASABLANCA
2 406 807 00	13/12/23	78042115014130170003	AFF MÉDICALE	CHERIF BEN M	2 165.70	0.00	0.00		
3 313 689 00	18/10/23	78042115014130170003	AFF MEDICALE	BENCHIKHI08	521.30	0.00	367.45	16/11/2023	09/11/2023

## 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 : 1.352,30

POLICE (1) : 1211398 MATRICULE CPM : 21501 ORDRE FAMILIAL : 00

Nom et adresse ou cachet du médecin :  
**Dr. Mustapha OUDRHIRI**  
Spécialiste en Médecine Interne et en Génatique  
49, Bd 2 Mars N°7 - Casablanca  
Tél. 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom du malade : BELLAMINE  
Prénom du malade : RAJAA  
Nature de la maladie : Surdité de naissance

MALADE (2)

Lui-même

Conjoint

Enfant

À Casablanca Le 19.09.2023 Signature

MBP 31-20

(1) Porter le code Banque.

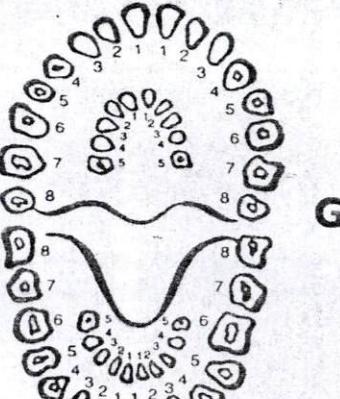
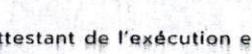
(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

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 27.07.23 C 3	Nature des actes & Coefficients Dr. Mustapha OUDHIRI Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie 49, Bd 2 Mars N° 1 - Casablanca Tél. 0622 26 02 46 / 0522 26 11 04	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires 100,00	Réservé à la Mutuelle
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES					
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	Date de l'ordonnance 20.07.23	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste Dr. BENTATA Mohamed Hicham Pharmacie RABIB 173, Bd. El Hiraâ Lot Errabib BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00	Montant de la facture 552,30	Réservé à la Mutuelle	

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

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

**Le praticien :**

- 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.

# عيادة الطب الباطني وطب المسنين

## CABINET DE MÉDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRIE

Dr. Mustapha Oudrhiri

الدكتور المصطفى ودغيري

- Spécialiste en Médecine interne et en Gériatrie
- Diabétologie, Echographie générale
- Ancien médecin des hôpitaux de Paris
- Ancien médecin de l'hôpital militaire Mohamed V de Rabat
- Membre de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie



- أخصائي في الطب الباطني وطب المسنين
- دبلوم جامعي في مرض السكري
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- طبيب سابق بمستشفيات باريس محمد الخامس بالرباط
- عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

27/07/2023

Casablanca, le : .....

MME BELLAMINE RAJAA

1. Plaquenil 200 mg

1 Comprimé matin et soir après repas pendant 03 mois

2. Isone 5 mg

1 cp/j le matin après repas pendant 15 jours puis 1/2 cp/j pendant 15 jours puis arrêt

3. Curogyl D3

05 gouttes le matin pendant 02 mois

4. Noporose 35 mg

1 Comprimé/semaine avec un grand verre d'eau 1/2 h avant le petit déjeuner, pendant 03 mois

5. Levothyrox 50µg

1 cp le matin, avec les repas, pendant 03 mois

6. Stimol 1 g/10 ml

1 ampoule buvable x3/j pendant 10 jours

AR en consultation le 27/11/2023

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RABIS  
173, Bd. El Mraa Lot Errabbi  
BERRECHID - Tél: 0522 33 69 6

Rendez-Vous : .....

Dr. Mustapha OUDRHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
Diplôme en Diabétologie

49, Bd 2 Mars 11 Casablanca  
Tél: 0522 26 02 46 / 0522 26 11 04  
0522 26 02 46 / 0522 26 11 04

49, Bd. 2 Mars, Imm les Roseaux, 2ème étage, Appt N°7 (à côté du lycée Mohammed V) - Casablanca

05 22 26 02 46 / 0522 26 11 04 - 06 66 35 25 99

www.droudrhiri.com

Email : oudmus@yahoo.fr

POUR DES RAISONS TECHNIQUES AXA ASSUREUR DE LA MUTUELLE BANQUE POPULAIRE, ENREGISTRE UN RETARD DANS LA PRODUCTION DES QUITTANCES DE REMBOURSEMENTS.

RAISON POUR LAQUELLE LE SERVICE MUTUELLE BANQUE POPULAIRE A REMIS A MON EPOUSE BELLAMINE RAJAA UNE SITUATION AU 06 FEVRIER 2024 DONNANT LE DETAIL PAR DOSSIER DE CHAQUE MONTANT ENGAGE( AVEC COPIES DES DOSSIERS CI JOINTS) ET CELUI REMBOURSE, CE QUI PERMET A NOTRE MUTUELLE MUPRAS DE DETERMINER LE MONTANT DU COMPLEMENT EN MA FAVEUR.

AVEC MES REMERCIEMENTS ANTICIPS

  
BENYAHIA ABDERRAFIH

MATRICULE 00774

TEL 0665200356