

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

157380 M22- 0056314
Complément

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDERRAFIIH
Date de naissance : 1949
Adresse : 176 LOTISSEMENT FLORIDA
SIDI MAAROUF - CASABLANCA
Tél : 066590356 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 : 14 / 04 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

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	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
11 00 16 00	K SPECIALISTE MEDICAMENTS		1.000,00 530,00	0,85 0,85		850,00 450,50
	T O T A U X		1.530,00			1.300,50
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
		9/03/2023	0X1211398	21501 00 2023 2322798	23535981	1.300,50

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 ayants droits.

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

[Empty box for stamp]

Nom de l'assuré(e) : BELLAMINE

Prénom : RAJAA

N° DE SINISTRE : [] NOMBRE DE PIÈCES : [] TOTAL DÉPENSES : 1.530,00

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 : **Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI**
Professeur
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Rés: Masrâ IV
Tél : 06 22 22 30 27 / 06 22 22 08 08

Nom du malade : Bellamine

Prénom du malade : Rajaa

Nature de la maladie : Affection ORL

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

A Casablanca Le 21 / 02 / 2023 Signature

[Handwritten 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.

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES

Instituée sous le régime du Dahir N°157.187 du 21 Joumada II 1383 (12 novembre 1963), portant statut de la mutualité.

Adresse : 101, Bd Mohamed Zerkouni - B.P. 10622 - 20100 Casablanca - Tél : (+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
23 MÉDECIN TRAITANT	JAN 2023	C ₃ + Aspiration sous microscope + Audiogramme KAS	Dr. MOHAMED EL FATMI Professeur Chirurgie Maxillo-Faciale Chirurgie Otorhinolaryngologique de la Face Amel M. Abdelmonem El-Jamal Rd. Mansouriyah Tél : 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 98	1000 dh	
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)	23/01/23	Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RAB13 173, Bd. El Hira Lot Errabli BERRECHID - 70100000 33 69 07	520,0		

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

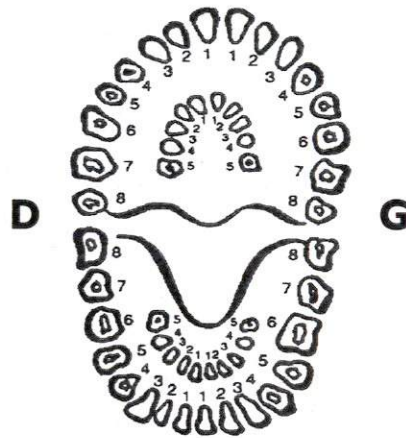
SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

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 ☐ REÇU ☐ (3)

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant honoraires

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS ☐ PROTHÈSE ☐  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.	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 : _____
---	--

Docteur KADIRI Mohamed El FATMI

Professeur

Ancien Chef de Service – ORL – Chirurgie Maxillo-faciale
Chirurgie plastique et Reconstructive de la face
Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Directeur du Diplôme Universitaire de Ronflement
Diplômé de l'Université de Bordeaux

Casablanca, le : 23 / 01 / 2023

NOTE D'HONORAIRE

Mme. BELLAMINE RAJAA

Consultation C3 + Aspiration sous microscope K10 + Audiogramme k15

1000 DH (mille dirhams).

Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI
Professeur
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Rés. Mawlid IV
Tél : 05 22 23 30 27 / 05 22 23 63 98

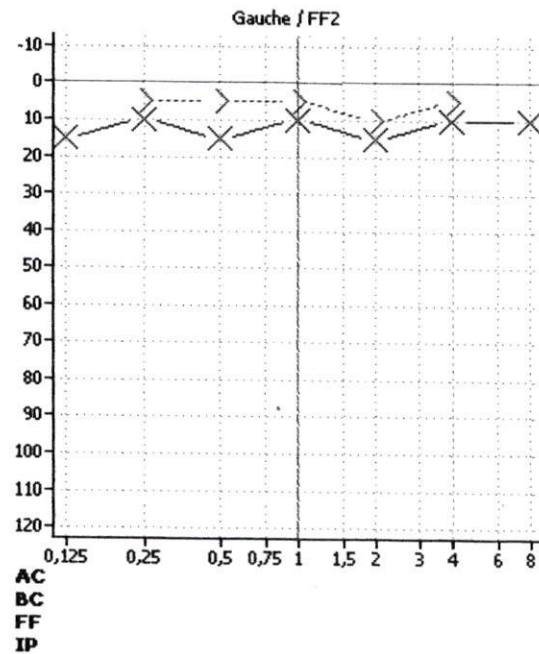
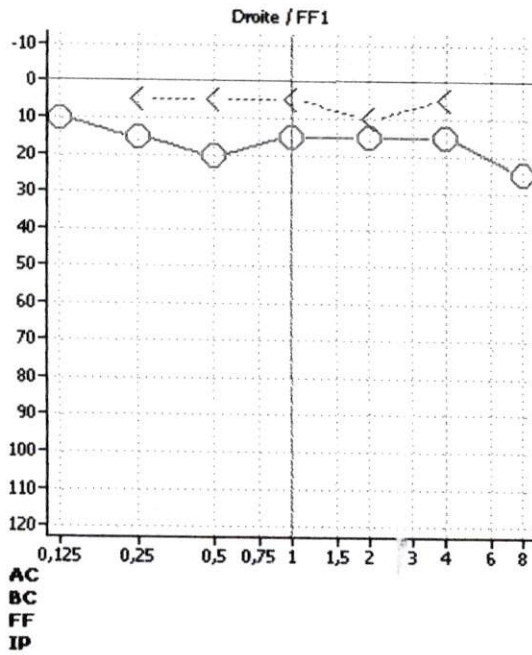
Person Id:
First name: RAJAA
Last name: BELLAMINE

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens



23/01/2023 21:06:28

Tonale



Présentation des symboles

	Droite	Gauche	FF1	FF2
HL	○	△	×	□
UCL	■	■	■	■

Ardiran Me

Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI
Fonctionnaire
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face
Angle-Bd. Aboumoussa - Avenue Ras. Mawlid IV
Tél : 05 27 23 30 27 / 05 22 23 63 96

Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI
Professeur
ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Rés. Marid IV
Tél : 06 22 23 30 27 / 05 22 23 63 98

Le: 23 JAN 2023

ORDONNANCE

213,00

Serétide 210 ps
2 bouffes matin
2 bouffes soir

28,00 x 4

Betaseron cp
7 cp matin
2 cp soir
Arumlen 23 cps

53,00

Dr. BENYAMA Mohamed Hicham
Pharmacie RAB13
173 Bd. El Hira Lot Errabli
BERRECHID - Tél: 0522 23 69 60