

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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

N° W19-543065

ND.29532
Du Récept

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007711

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENYAHIA ABDELLAFI

Date de naissance :

1949

Adresse :

186 LTS FLORIDA - SIDI MAAROUF

Tél. : 0665200356

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

PELLAMINE RAJAA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/06/2020

INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES ADHERENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1 . LES PRESTATIONS :

Sont accordées sur présentation d'une feuille de maladie (pas de photocopies), dûment remplie (nom , prénom, matricole et le lien de parenté : adhérent , conjoint ou enfant) accompagnée de toutes pièces justificatives.

2 . PHARMACIE :

Les prestations sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le nom, prénom du malade inscrits de la main du médecin et accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.M. (Prix Public Marocain).

3 . EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION :

L'adhérent est tenu de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son conjoint accompagné d'une photocopie de l'acte (de mariage , divorce), soit un extrait de l'enfant (naissance , décès).

4 . PIECES JOINTES :

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 après 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 ET PROTHESES DENTAIRES :

Pour les soins et la prothèse dentaire , 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, orthodontie .

7 . HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

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 et 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 du comité 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 PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

CACHET BANQUE

DECLARATION DE MALADIE

Nom de l'assuré : BELLAMINE

Prénom : RAJAA

N° SINISTRE : _____ NBR .DE PIÈCES : _____ TOTAL DÉPENSES : 909,00

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :	<u>DR BEN YAHIA M. CHIRURGIEN DENTISTE 55 Bd Lamine Zizi 10100 Casablanca Tél. 44 14 97</u>	MALADE (2) Lui même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
	Nom du malade :	<u>H. BEN YAHIA M.</u>	
	Prénom du malade :	<u>RAJAA</u>	
	Nature de la maladie :	<u>Soins dentaire</u>	

A Casablanca le 13 / 02 / 2020 Signature

MBP 31 - 13

(1) Porter le code Banque .

(2) Mettre une croix dans la case correspondante .

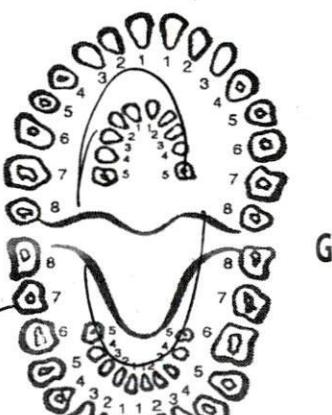
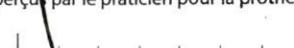
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel , Veuillez communiquer :
les renseignements sous - pli cacheté à l'intention du médecin - conseil de la Mutuelle .

MUTUELLE DE PREVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES - Instituée sous le régime du Dahir N°1.57.187 du 21 Jourmada ll 1383(12novembre 1963),portant statut de la mutualité
Adresse : 101,Bd Mohamed Zerkouni - B.P. 10622 - 20 100 casablanca - Tél : (212) 5 . 22 . 20 . 25 . 33 / 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 le paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT					
ANALYSES RADIO-GRAPHIES					
ACTES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX					
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
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)					

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input checked="" type="checkbox"/> PROTHESE <input type="checkbox"/>	Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins: <u>9.000,00 dtf</u>
	Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins: <i>DR. BERNARD ATTIA CHIRURGEON DENTISTE BP 54 ALGERIA Boufarik SIDI ABDELLAH Date : 25/09/02</i>
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse: 	Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse: <i>DR. BERNARD ATTIA CHIRURGEON DENTISTE BP 54 ALGERIA Boufarik SIDI ABDELLAH Date : 25/09/02</i>
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, le nombre de dents artificielles et de crochets.



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

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
35 00	SOINS DENTAIRES		900,00	0,85		765,00
	TOTAUX		900,00			765,00

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.

MUTUELLE DE PREVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES	DATE	CODE SOCIETE	N° DU DOSSIER	NUMERO DU SINISTRE AXA	MONTANT DU REGLEMENT
101. B.I. Zurktouni	27/02/2020	0X1211398	21501 00 2020 2016925	20444088	765,00