

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-600678

SLSSA

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4165

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMED

Date de naissance : 10 -08-1953

Adresse : 23 TBN Katir Arsat leKbir n°6 Naor

Casablanca

Tél. : 0661439183 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Iragi Houcine Aicha Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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'adhérent et à la mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 30/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL JAN 2021

7.9/24

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



BANQUE : B P CASABLANCA

78

MATRICULE : 74195

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA
620

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

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
12 00	R RADIOLOGIE R-Z		200,00	0,85		170,00
16 00	MEDICAMENTS		848,00	0,85		720,80
99 00	PRESTATIONS NON REMB		89,50			0,00
	nr apixol					
	T O T A U X		1.437,50			1.145,80

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
19/11/2020	0X1211378	74195 00 2020 2089054	20884687	1.145,80

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 , alde, 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 PRÉVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GRUPE BANQUE POPULAIRE

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré : IRAQI Houssaini

Prénom : AICHA

N° SINISTRE : NBR. DE PIÈCES : TOTAL DÉPENSES :

POLICE (1) : 1,2,1,1,3 MATRICULE CPM : 74195 ORDRE FAMILIAL : D

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :	Rabi NACIRI pneumopneumolog 16 Rue 105 Babik Casablanca 9492 46-05-22 94-93-47
	Nom du malade :	Ibrahi
	Prénom du malade :	Aysha
Nature de la maladie :		Infarctus

MALADE (2)
Lui même <input checked="" type="checkbox"/>
Conjoint <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>

A CASA Le 03.11.2020 Signature

- (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.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant le paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	29/01/2015 Anamnèse Freeez Salut	Dr A. T. M. C. I. R. Y.	300 200 500		
ANALYSES RADIOGRAPHIES					
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	Réserve à la Mutuelle
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)					

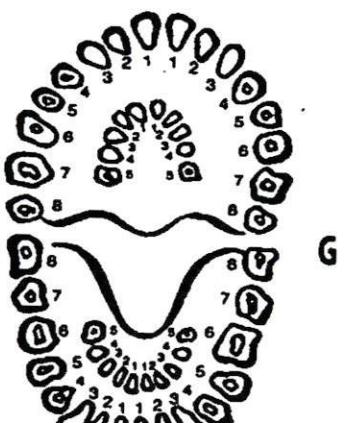
Réserve à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHESES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

Le Praticien précisera la dent traitée , 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"/>	PROTHESE <input type="checkbox"/>	
		
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>		
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>		
<p>Date : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>		
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>		
<p>Date de l'appareillage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<ul style="list-style-type: none"> - 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. 		

الدكتور عزيز النصري

Dr. Arabi NACIRI

Professeur agrégé

Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور مصطفى البراهيمي
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

28.6.23

M J. HACI Ailes

Honoraires versés

Le	Consultation	.....	300	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face:	.....	200	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil	.....		DH
Le	Pléthysmographie / DLCO	.....		DH
Le	Spirometrie - Oscilling	.....		DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie	.....		DH
Le	Polygraphie sous VNI	.....		DH
Le	Gaz du Sang Artériel	.....		DH
Le	Mise en Place de VNI	.....		DH
Le	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire	.....		DH
Le	Tests Cutanes	.....		DH
Le	Fibroscopie Bronchique / LBA	.....		DH
Le	Aerosol + Injection	.....		DH
Le	Ponction "Pleureale Biopsie"	.....		DH
Le	Ponction "Bronchique Simple"	.....		DH
Le	Echographie de repérage	.....		DH
Le	Exsufflation	.....		DH
TOTAL :				600 DH

DR. J. HACI AILES
Souscrit et apposé à Casablanca le 28.6.23
Signature : DR. J. HACI AILES



CMR
EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU SNOFFEMENT

Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommel et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Piéthysmographie
Spirométrie - Oscillographe
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et Interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبر (ابي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue
28/10/2020

Madame IRAKI Aicha

COMPTE RENDU

Radiographie pulmonaire face

Indication : toux spastique - gêne respiratoire

- Silhouette cardio-médiastinaire normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Aspect de péribronchite bilatérale

Conclusion : pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Dr. Arabi NACIRI
Pneumophysiologue
500, Rue Ibou Babik - Casablanca
05 22 94 93 47 / 05 22 94 92 46



CMR
EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU PONFLEURANT

Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Piéthysmographie
Spirométrie - Oscillographe
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد إبراهيم

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور عزيز الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

28/10/2020

Madame IRAKI Aicha

88,00

PHARMACIE NACIRI
Rue Ibnou Babik - Casablanca
Téléphone : 0522 27 29 93
CURTEC : 1 comp. le soir x 1 mois

290,00

FLOWAIR 10 mg : 1 comp. le soir 1 h après repas x 1 mois

430,00

RELVAR 92/22mg : 2 bouffées le matin x 1 mois

190,00

CLARIL 250 : 1 comp. matin et soir avant repas x 7 jours

39,50

APIXOL Spray :

2 pulvérisations dans la bouche 3 fois par jour x 5 jours

PHARMACIE NACIRI
Rue Ibnou Babik - Casablanca
Téléphone : 0522 27 29 93
Fax : 05 22 94 42 46

Dr. Arabi NACIRI
Pneumophysiologue
373, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Téléphone : 05 22 94 42 46 - 05 22 94 93 47