

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

N° W19-543055

ND: 29542 Complètement

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENYAMIA ABDERRAFIU

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LTS FLORIDA - SOUMAROUF

Tél. : 066 5200356 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/.....

Nom et prénom du malade : BELLAMINE RAJAT 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 non 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 : 17 JAC 120 CASABLANCA le : 17 JAC 120

Signature de l'adhérent(e) :



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, matricule 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. PIÈCES 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

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré :

BELLAMINE

Prénom :

RAJAA

N° MINISTRE :

NBR. DE PIÈCES :

TOTAL DÉPENSES :

1.200,00

POLICE (1) :

1, 2, 1, 1, 3, 98

MATRICULE CPM :

21501

ORDRE FAMILIAL :

00

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Dr. OUIKHEIT DJRICH
Gynécologue - Obstétricien
Angle Bir Anzarane et Caïd Achbar
Rés. Rihh 3ème Etage - Casablanca
Tél: 0522 25 10 15 - Csm: 066.2 22 48 82

À REMPLIR PAR LE MEDECIN

Nom du malade :

Prénom du malade :

Nature de la maladie :

Douleurs menstruelle

MALADE (2)

Lui même

Conjoint

Enfant

Casablanca, le 19, 05, 2020

Signature

MBR 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.

| 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 | 20/2/20 | Cst | <i>[Signature]</i> | Gratuit | |
| ANALYSES RADIO-GRAPHIQUES | 26/2/20 | 782 1000 | <i>[Signature]</i> | 1200,00 | |
| 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 / ORTHOPEDIE) | | | | | |

Réservé 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)

| Date | Nature des travaux | Position dents | Coefficient | Montant honoraires |
|------|--------------------|----------------|-------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS PROTHESE

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : _____

Date : _____

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le 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, le nombre de dents artificielles et de crochets.



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES

GRUPE BANQUE POPULAIRE

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

| CODE RUBRIQUE | NATURE | FRAIS EXPOSES | | TAUX OU VALEUR | REMBOURSEMENTS | |
|--|------------------|---------------|--------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
| | | DEVISE | D H | | AUTRE CIE | AXA MAROC |
| 12 00 | R RADIOLOGIE R-Z | | 1.200,00 | 0,85 | | 1.020,00 |
| | TOTAUX | | 1.200,00 | | | 1.020,00 |
| 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. | | DATE | CODE SOCIETE | N° DU DOSSIER | NUMERO DU SINISTRE AXA | MONTANT DU REGLEMENT |
| | | 28/05/2020 | 0X1211398 | 21501 00 2020 2038190 | 20542341 | 1.020,00 |



مرکز الفحص الطبي بالأشعة. الروداني
CENTRE DE RADIO DIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUÏI
Dr. Yasmîna TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 26/02/2020

FACTURE N° : FA:00 2294/20
Nom : BELLAMINE RAJAA
EP. BENYAHIA

Airêtée la présente facture à la somme de : 1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE 300,00 Dhs

MAMMO-TOMOSYNTHESE 900,00 Dhs

Total 1 200,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIO DIAGNOSTIC
ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Maârif
20 100 - Casablanca
Tél: 0522 25 22 96 / 05 22 25 11 04
05 22 25 13 07 / 05 22 25 13 07
E-mail: roudani@hotmail.fr

Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple, FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

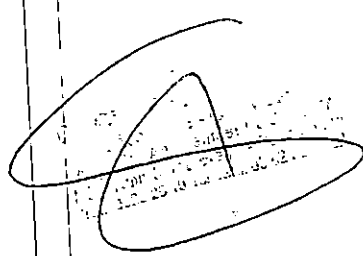
رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر
بالمستشفى الجامعي بالمعيريا
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر
جراحة النساء والتثدي
الجراحة بالمنظار
العقم والإخصاب

20 février 2020

MME BELLAMINE RAJAA

TOMOSYNTHÈSE MAMMAIRE

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE



Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Alahtar Résidence Ribh A, 3 étage
Tél: 05 22 25 10 15 - Urgences : 06 62 22 48 82

لقاطع شارع بئر أنزران و زقة القاد الأظفر. إقامة ربح أ. الطابق 3. (مسارة إنوي)
الهاتف: 05 22 25 10 15 - المستعجلات: 06 62 22 48 82

Casablanca, Le 26/02/2020

Patient BELLAMINE RAJAA EP. BENYAHIA
Médecin traitant DR OUDRHIRI IDRISSE HICHAM
Examen(s) réalisé(e)s MAMMO-TOMOSYNTHESE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

RC : 64 A / 3 P / Ménopausée / Sans THS / Sans antécédents personnels de néoplasie du sein / Antécédent familial : mère traitée pour sein à l'âge de 69 ans.
Ancien bilan effectué en 2017 : RAS.

Bilan de dépistage.

Technique : Examen réalisé par un appareil numérique direct type Hologic Selenia Dimensions avec tomosynthèse.
Deux incidences : faces et obliques.

Résultat :

Mammo-tomosynthèse :

Seins de volume symétrique.

Trame conjonctivo-glandulaire en involution fibrolipomateuse partielle : type B.
Il n'est pas noté de masse ou de distorsion de l'architecture glandulaire d'allure suspecte.

Il n'est pas observé de regroupement suspect de microcalcifications.

Le balayage en tomosynthèse ne décèle aucune particularité.

Les revêtements cutanés sont normaux.

Les prolongements axillaires sont libres.

Echographie mammaire :

Le balayage échographique des seins et des creux axillaires ne décèle aucune anomalie.

Conclusion :

Bilan sénologique de dépistage ne montrant pas d'anomalie suspecte au niveau des deux seins.

Examen classé ACR 1 à droite et à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. H. AMRANI MIKOU

Prière de conserver cet examen et de le présenter lors des prochains contrôles.

HITACHI RADIC



Large
HdT-13.0Rx P.

HITACHI RADIC

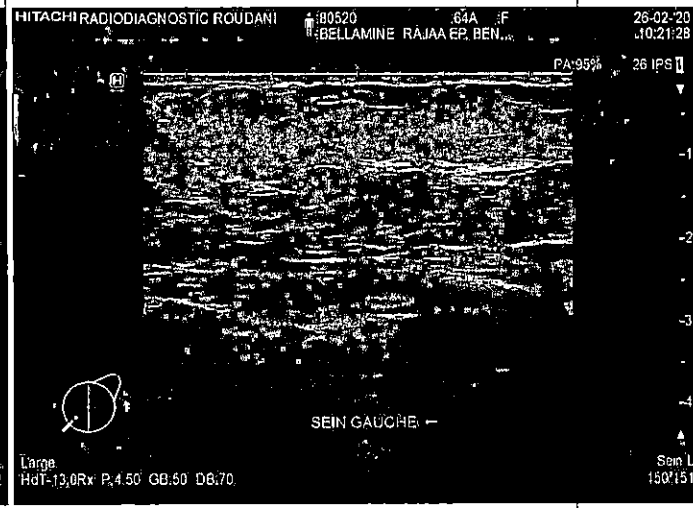
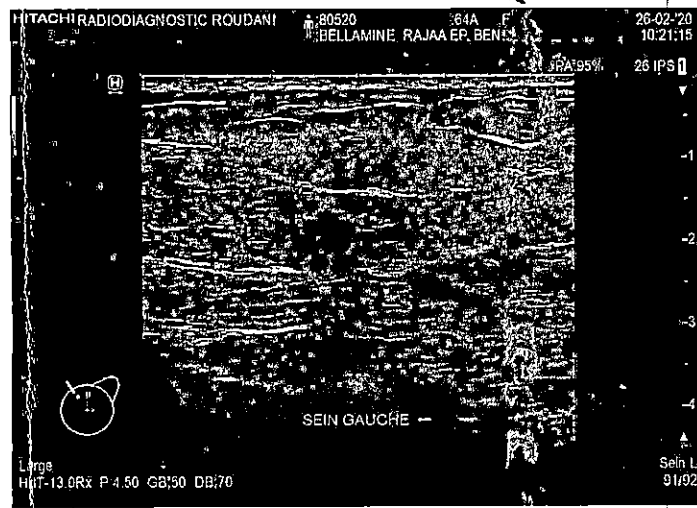
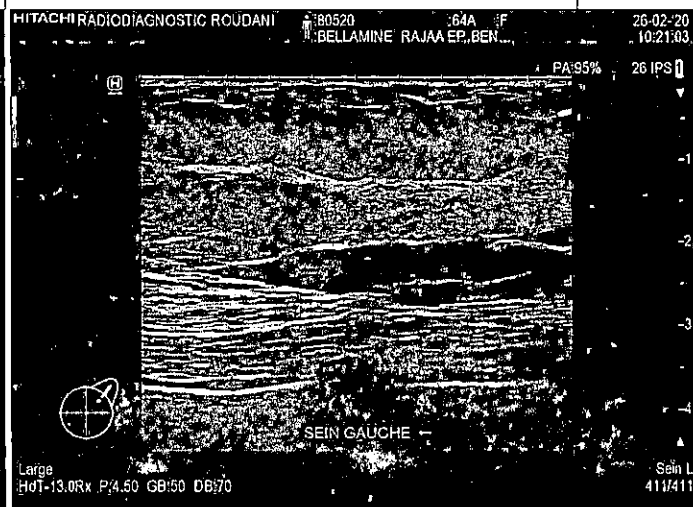
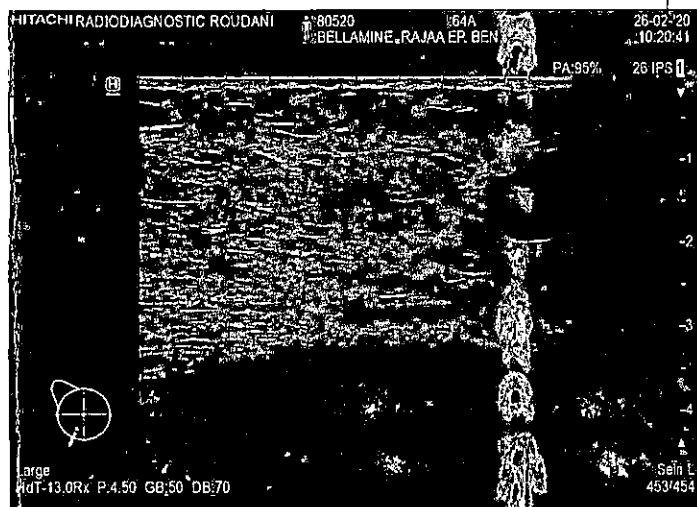
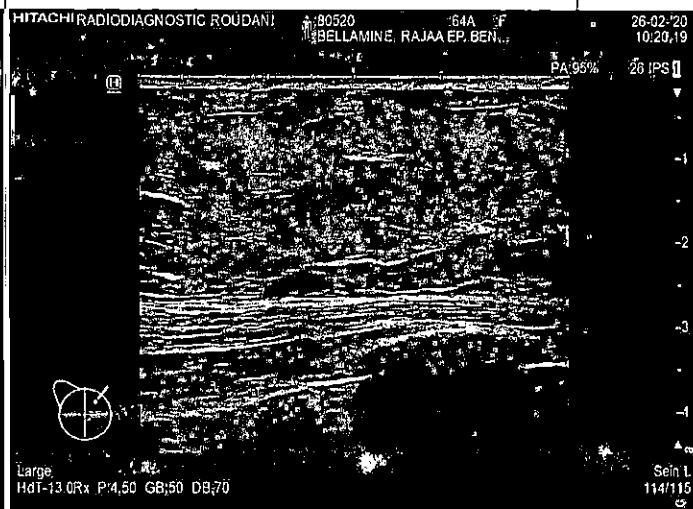
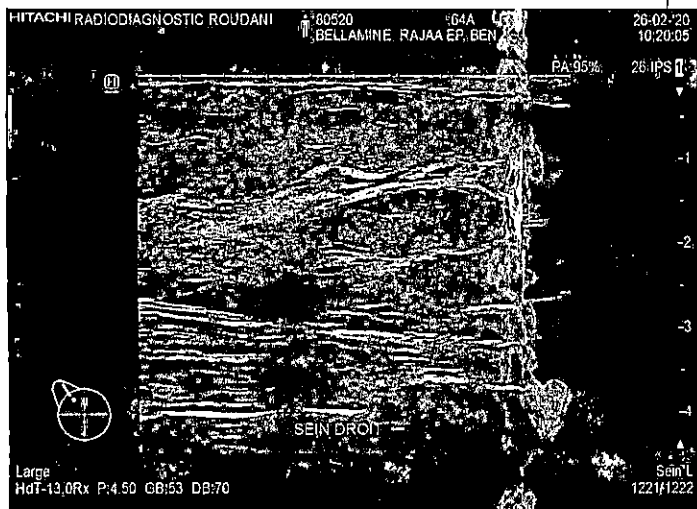


Large
HdT-13.0Rx P.

HITACHI RADIC



Large
HdT-13.0Rx P.



BELLAMINE RAJAA EP BENYAHIA