

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.



Déclaration de Maladie

M22- 07782

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOUH MOHAMED

Date de naissance : 29/01/42

Adresse : 3, Rue Saïd Ben Zouhair, cse B 34 étage

App 5, Q Palmier CASABLANCA

Tél : 0522 250100 Total des frais engagés : Dhs

CSA 66688612

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 : CHEN

Le : 28/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

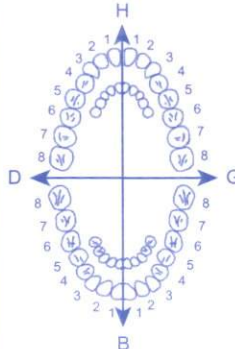
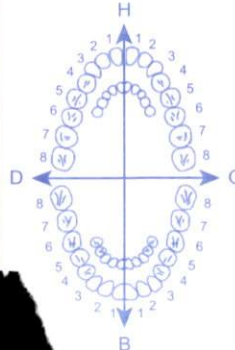
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|--|------------------|-------------|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES**



98:

BENEFICIAIRE : BENJELLOUN MOUNA

9098

| CODE RUBRIQUE | NATURE | FRAIS EXPOSES | | TAUX OU VALEUR | REMBOURSEMENTS | |
|--|---|---------------|------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
| | | DEVISE | DH | | AUTRE CIE | AXA MAROC |
| 1 02 12 00 | CONSULTø SPECIALIST R RADIOLOGIE R-Z | | 300,00 990,00 | 0,85 0,85 | | 255,00 841,50 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | TOTAUX | | 1.290,00 | | | 1.096,50 |
| 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 |
| | | 5/01/2023 | 0X1211398 | 35071 00 2022 3232967 | 92568973 | 1.096,50 |



مركز العلاج الكندي

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - AP) - RADIOTHERAPIE

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 091058651

CASABLANCA, LE 7.12.2022



091058651

الدكتور محمد المرشد

Docteur Mohamed EL MORCHID

اخصائي في العلاج بالأشعة

RADIO-ONCOLOGUE

Handwritten signature: Dr. Mohamed El Morchid

Handwritten: Tammo graphie

Handwritten: Echographie Tauxeair



RADIOLOGIE ANOUEL

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Hamza FARAJ

RADIOLOGUE

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370 - Casablanca Maârif - Maroc

Accueil Général : +212 520 48 72 00 / 01

+212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie

+212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale

+212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20



CLINISYS
Edité le: 12/12/2022 à 10:05

Reçu Avance N° A2210827

CASABLANCA, Le 12/12/2022 10:05

Patient BENJELLOUN MOUNA, N° Dossier : 22012494

N° téléphone : 0666880610

Traitement : EXAMEN RADIOLOGIE

Objet Examen radiologie

| Mode règlement | Banque | Référence | Montant |
|----------------|--------|-----------|---------|
| Esôcces | | | 990 00 |

Liste des examens :

MAMMO-ECHO MAMMAIRE

Reçu par Fatima n

Signature

990.00

Montant devis

990.00

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA

0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

| Identifiant patient | Nom du patient | Date encaissement |
|---------------------|-------------------------------|-------------------|
| F-07-04-071-047 | MOUNA BENJELLOUN EP BENOUHOUD | 07/12/2022 |
| Mode paiement | Motif/Référence de paiement | Montant Dhs |
| Espèces | Contrôle | 300.00 |

Reçu établi par hajar.s

Dr M. EL MORCHID
Radio - Oncologue
INP : 091058651
Centre Al Kindy - Casablanca

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. 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

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré : BENJELLOUN

Prénom : MOUSSA

N° SINISTRE : NBR. DE PIÈCES : TOTAL DÉPENSES : 1290,88

POLICE (1) : 12113 MATRICULE CPM : 35071 ORDRE FAMILIAL :

Nom et adresse ou
cachet du médecin :

Nom du malade : BENJELLOUN

Prénom du malade : MOUSSA

Nature de la maladie : Carcinome mammaire

MALADE (2)

Lui-même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

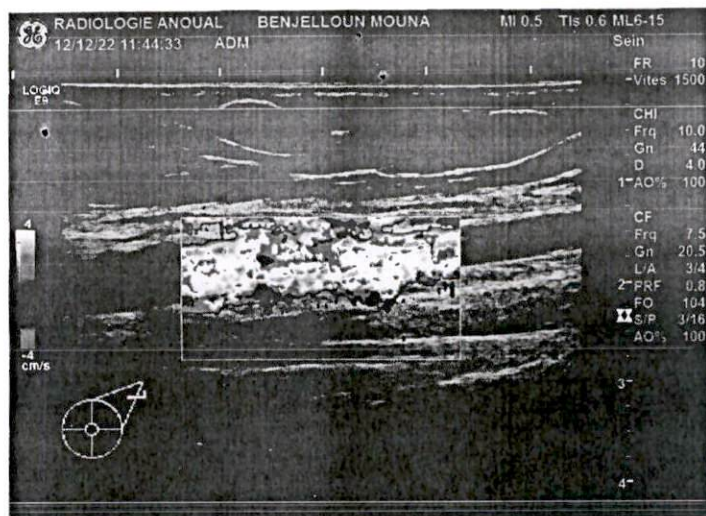
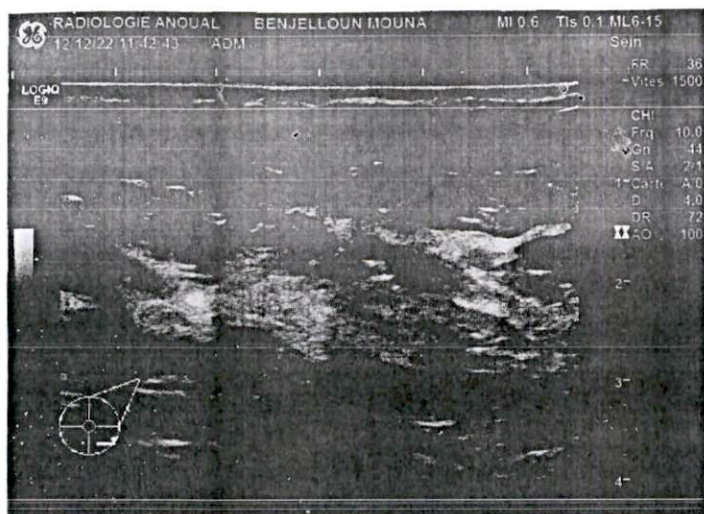
A CAS Le 21 / 11 / 2011 Signature

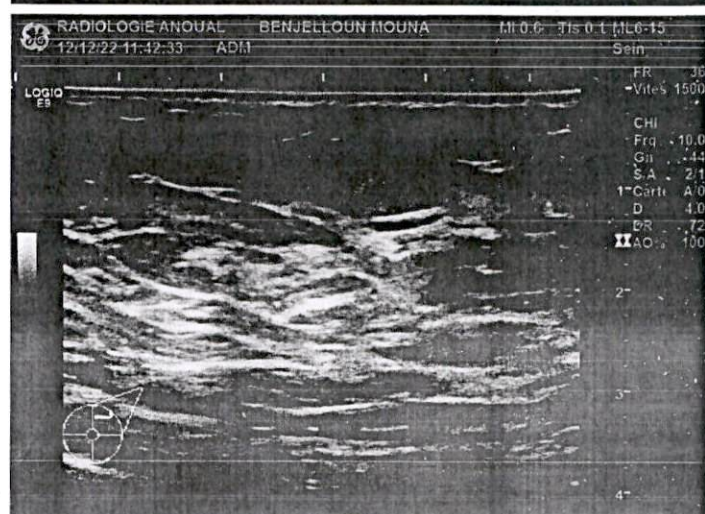
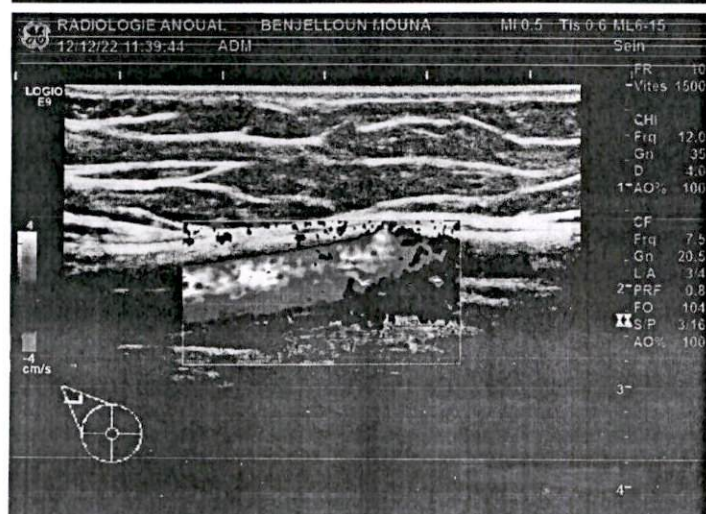
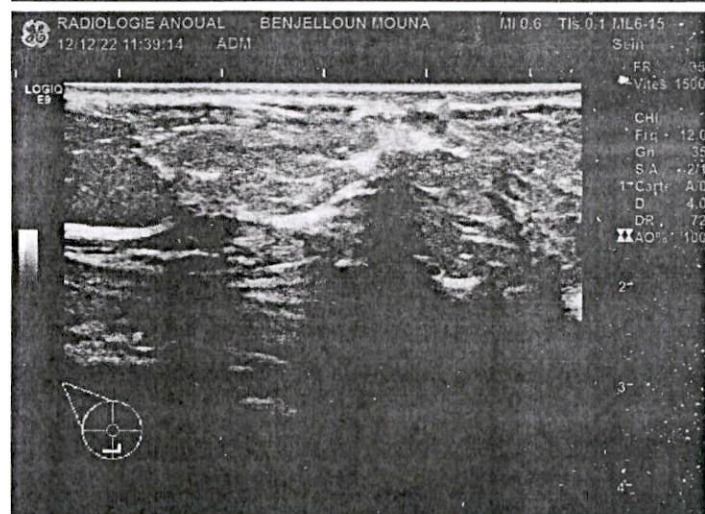
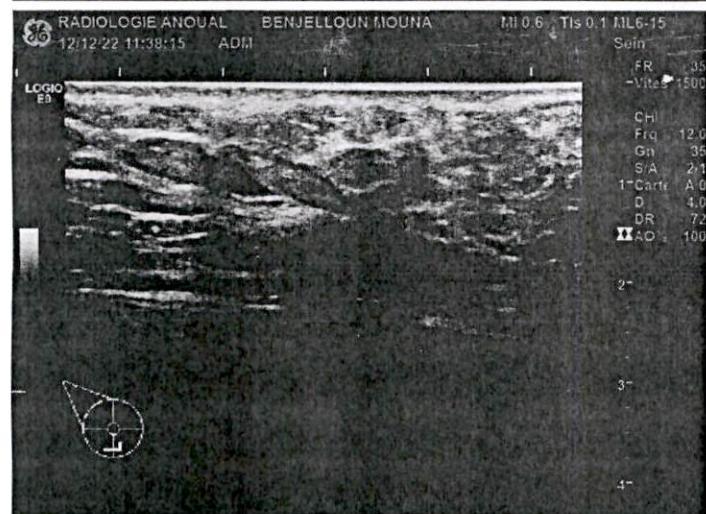
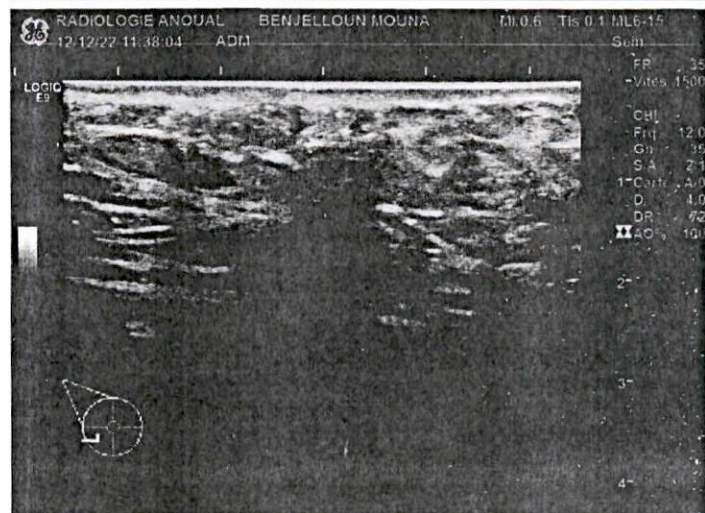
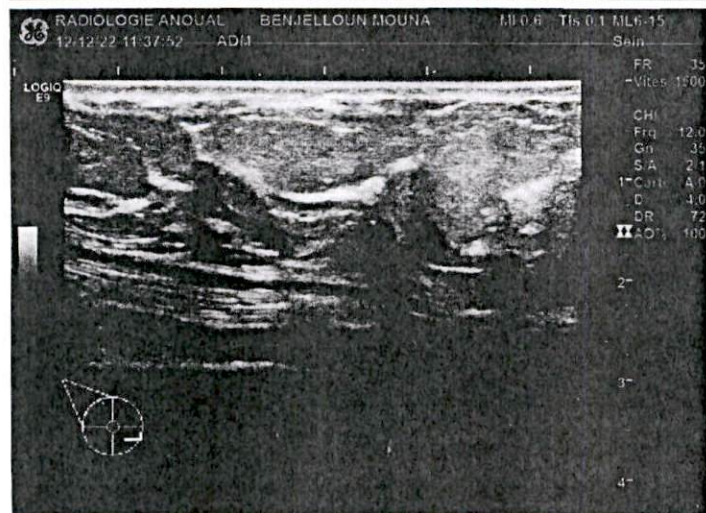
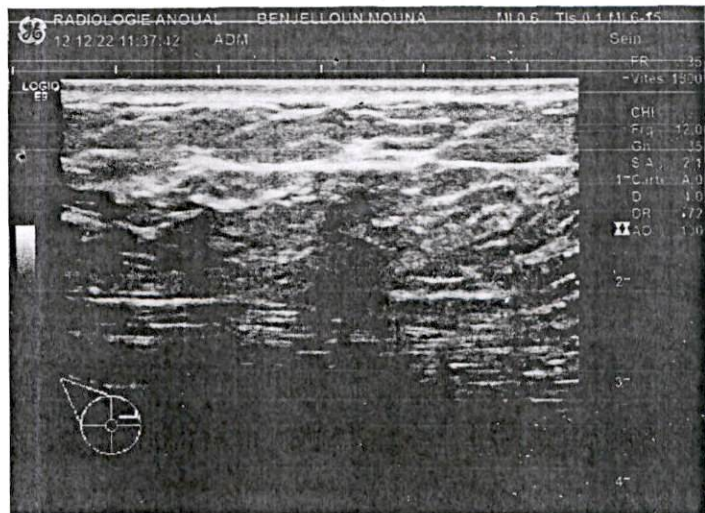
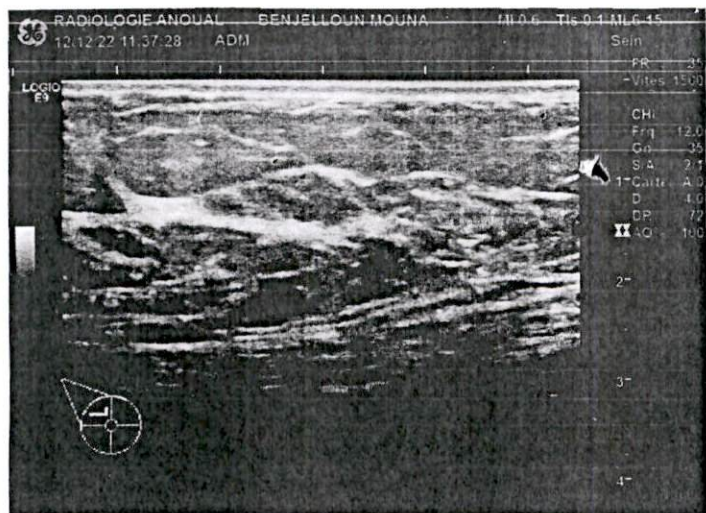
MBP 31 - 13

(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.





BENJELLOUN MOUNA

Casablanca, le 12 Décembre 2022

DR EL MORCHID MOHAMED

MME. BENJELLOUN MOUNA

COMPTE RENDU

MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Technique :

Incidences face et obliques sur les deux seins avec étude en tomosynthèse.

Résultat :

- Il existe une asymétrie de volume entre les deux seins en rapport avec l'antécédent chirurgical sur le sein droit.
- On note la présence d'une asymétrie de densité focale intéressant le quadrant interne du sein droit déterminant une image spiculée avec discrète rupture architecturale
- Calcifications bénignes en projection des deux seins.
- Opacités ganglionnaires bénignes du prolongement axillaire gauche.

Complément échographique :

- Atténuation du faisceau ultrasonore à l'union des quadrants inférieurs du sein droit, sans mise en évidence de lésion tissulaire associée.
- Le reste de l'échostructure du sein droit et l'ensemble de l'échostructure du sein gauche est sans anomalie.
- Les deux creux axillaires sont libres

Conclusion :

L'asymétrie de densité sur le quadrant interne du sein droit était déjà décrite sur le compte rendu du 29 Janvier 2019, elle est à priori séquellaire. Cependant les images mammographiques n'ont pas été fournies pour pouvoir apprécier son évolution.

DR. FARAJ HAMZA