

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.



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 : BENDOUHOU MOHAMED
 Date de naissance : 29/01/42
 Adresse : 3, Rue Saïd Benou Zouaïm, case B 3^e étage
 Appt 5, Q Palmier CASABLANCA
 Tél. : 0522 250700 Total des frais engagés :Dhs
 CSN 666880612

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 : Le : 08/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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

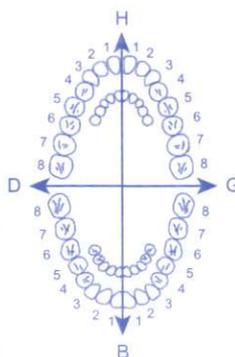
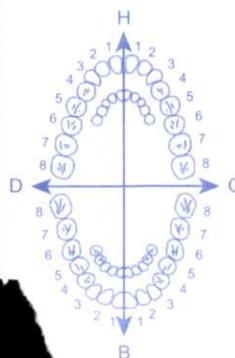
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP

98

MATRICULE : 35071

ADHERENT : BENJELLOUN MOUNA

BENEFICIAIRE : BENJELLOUN MOUNA

9098

35071

CODE RUBRIQUE	NATURE	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	DH		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02 12 00	CONSULT ⁰ 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>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.</p>		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

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - APICHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
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 الكمياني الباطني - الإستشفاء
INPE : 091058651

CASABLANCA, LE 7.12.2022

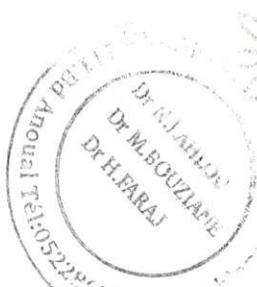


091058651

الدكتور محمد المرشد
Docteur Mohamed EL MORCHID
اخصائي في العلاج بالأشعة
RADIO-ONCOLOGUE

طالبة فاضلة تازة

- Tammo graphie -
- Echographie Tauxe air



RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Hamza FARAJ
RADIOLOGUE



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 BENOUCHE	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

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	07/12/22	Q	<p style="text-align: center;">Dr. M. EL MORCHID Radio-Oncologue N°P : 091055651 Centre Al Rindy - Casablanca</p> 		
ANALYSES RADIO-GRAPHIQUES	12/12/2022			990014	
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 / ORTHOPEDIE)					

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHESES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

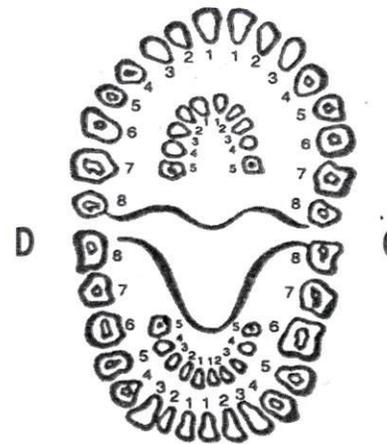
Le Praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS REÇU (3)

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant honoraires

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS PROTHESE



- 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.

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :

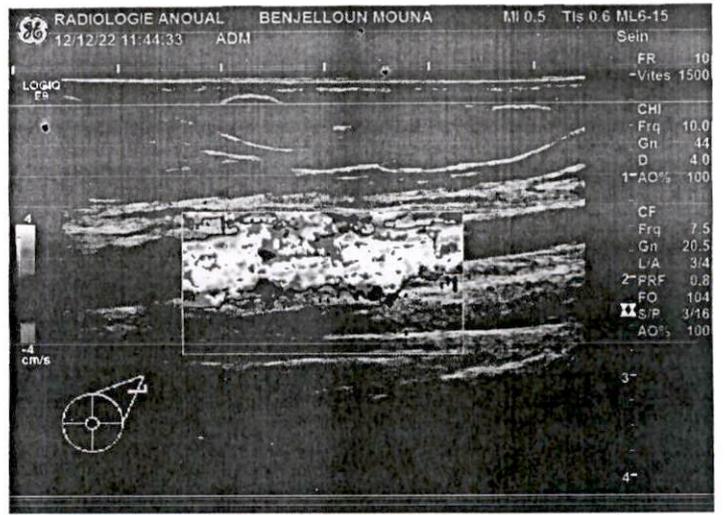
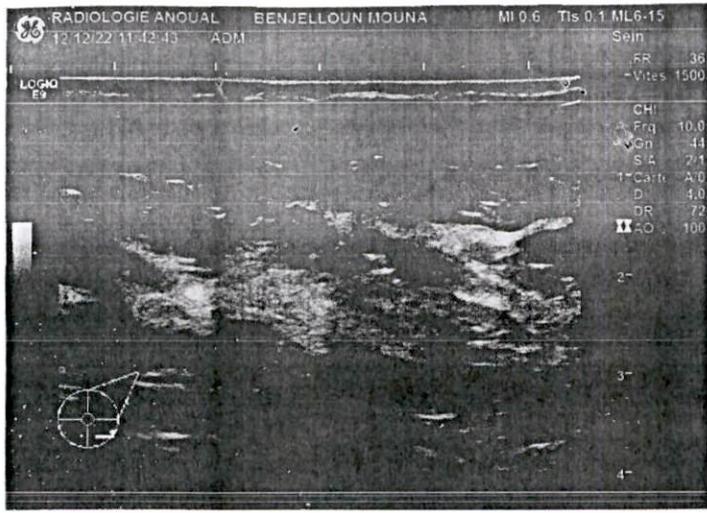
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :

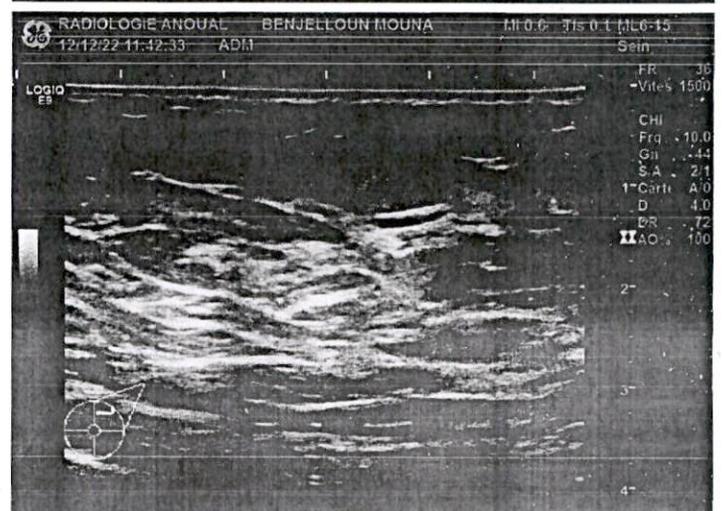
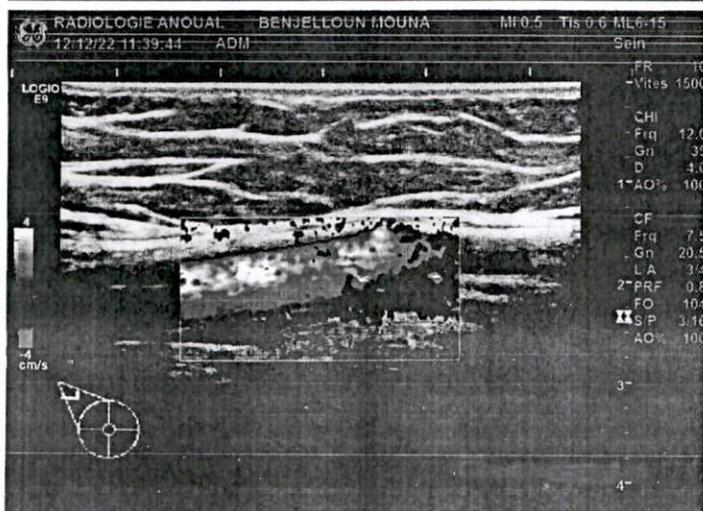
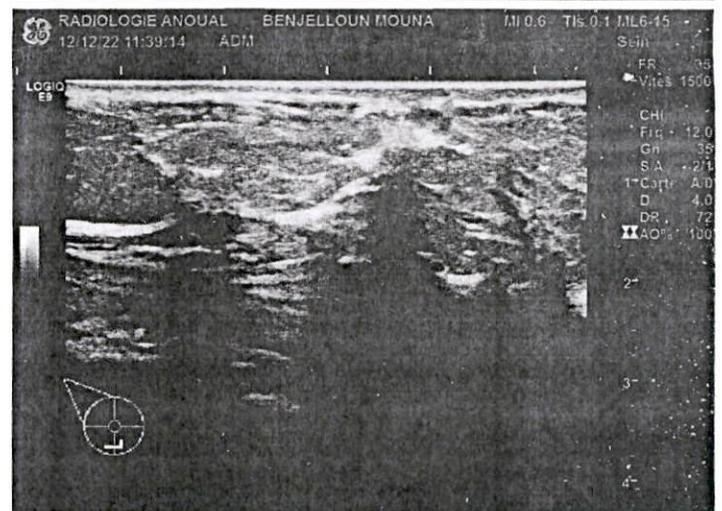
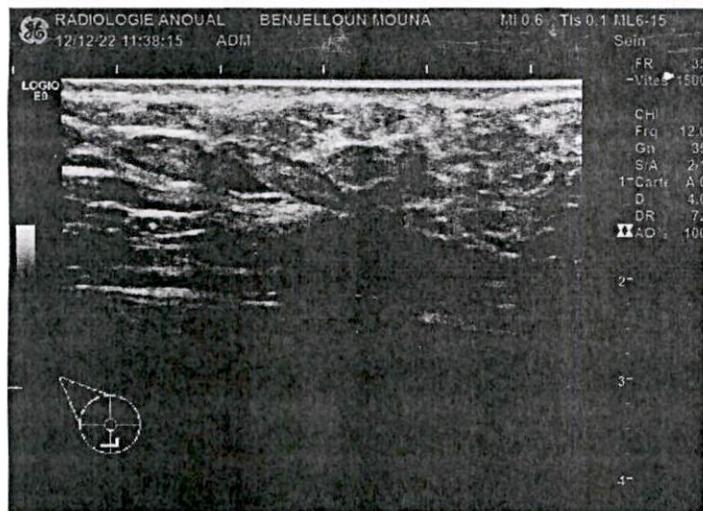
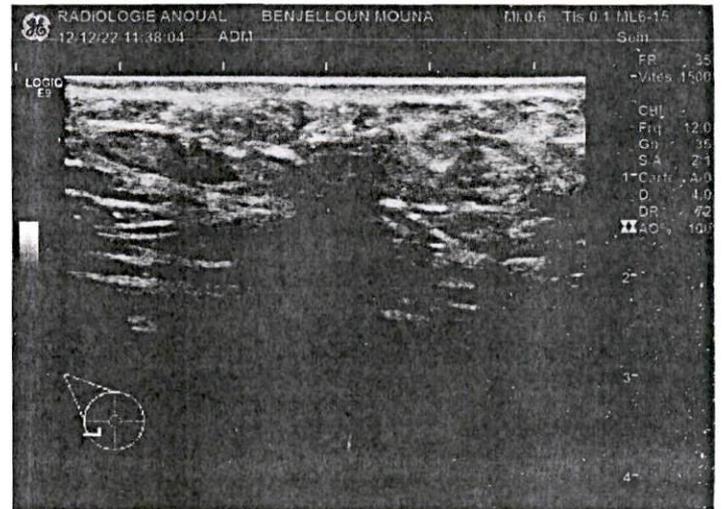
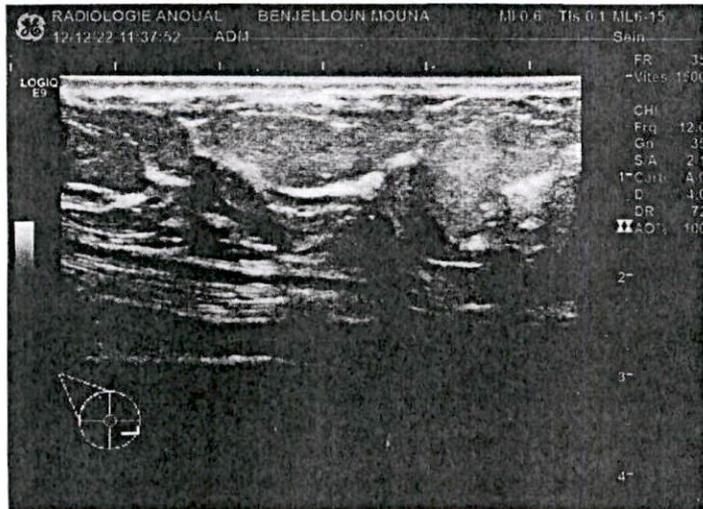
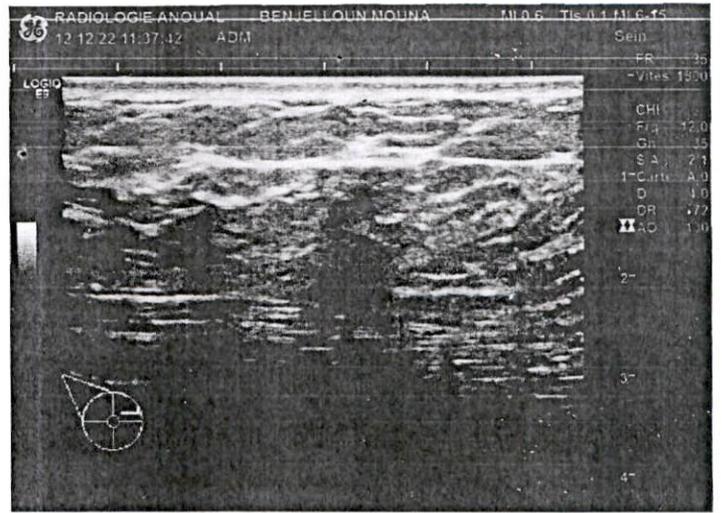
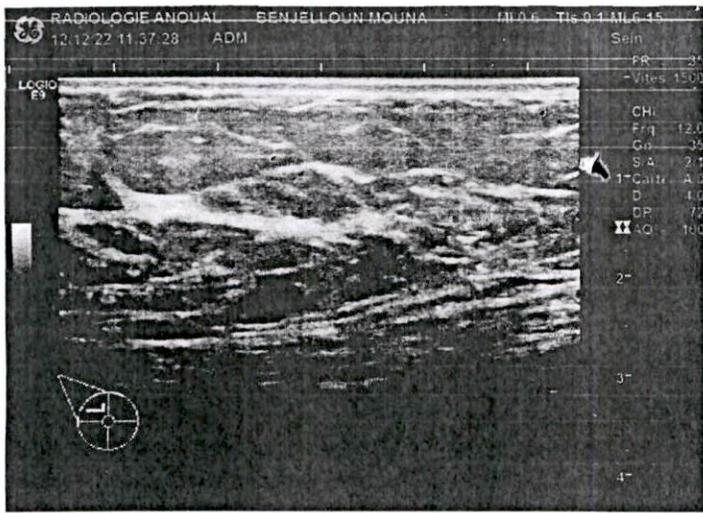
Date : _____

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 : _____





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