

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.

M22- 0033926

Compte-rendu
15384 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02774 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 Lotissement FLORIDA

SIDI MASROUER - CASABLANCA

Tél. : 0663200352 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : *Dar Al Salam*

Le : *14/04/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

INSTRUCTIONS À SUIVRE PAR LES ADHÉRENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1. DOCUMENTS

La feuille de déclaration de maladie doit être originale (pas de photocopies), dûment remplie (nom, prénom, matricule et lien de parenté : adhérent, conjoint ou enfant) et accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

2. PHARMACIE

L'ordonnance doit comporter la date, le nom et le prénom du malade, inscrits de la main du médecin et être accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.V. (Prix Public de Vente).

3. EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

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

4. DÉLAIS

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 à compter de la date de fin du 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 DENTAIRES

Pour les soins et prothèses dentaires, 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 ou acte d'orthodontie.

7. HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER

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 & 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 de la commission 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 ayant droits.

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



DÉCLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE	
---------------	--

Nom de l'assuré(e) : BELLAMINE

Prénom : RAJAA

N° DE SINISTRE : _____ NOMBRE DE PIÈCES : _____ TOTAL DÉPENSES : 860,00

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

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :	
	<u>Pr. O. MKINSI SLAOUI</u> <u>Professeur en Rhumatologie</u> <u>CASABLANCA</u>	
Nature de la maladie :	Nom du malade : <u>BELLARINE</u>	
	Prénom du malade : <u>RAJAE</u>	
	<u>RheumatoloRgue</u>	
MALADE (2)		
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		

À CasablanCo. Le 21.02.2023 Signature

MBP 31-20

(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'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

Praticien MÉDECIN TRAITANT	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
	9/12/22 C		<i>[Signature]</i>	G	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES	12/12/22	3661		860DH	
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste	Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle	

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

Le praticien précisera la dent traitée ainsi que 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

<input type="checkbox"/> SOINS <input type="checkbox"/> PROTHÈSE	Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :
 D G	Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : Date :
	Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :
	Signature du praticien attestant de l'exécution et du 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 ainsi que le nombre de dents artificielles et de crochets.



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: C.P.M - BCP : PL - RETRAIT	N° de sinistre	: 92669981
Contrat n°	: 0X1211498 / 00	N° dossier	: 8736276
N° d'affiliation	: 21501	Reff dossier	:
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 09/12/2022
CIN	:	Date de traitement	: 10/03/2023
Assuré	: BELLAMINE RAJAA	Date de remboursement	: 10/03/2023
Bénéficiaire	: BELLAMINE RAJAA	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
ANALYSES B	860,00	860,00	0	85,00	0,00	731,00
	860,00	860,00			0,00	731,00

Observations :

Informations :



Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
Génétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal
Biologie de la Reproduction



FACTURE N° 2212120021

Mme Rajaa BELLAMINE

Demande N° 2212120021
Date de l'examen : 12-12-2022
Analyses :

Récapitulatif des analyses

Récapitulatif des analyses		Analyse	Vel	Clefs
CN				
PSAD	Prélèvement sang adulte		E25	E
	Électrophorèse des protéines sériques		E300	E
	Protéines totales		B30	B
	PTH		E500	E

Total des B : 30

TOTAL DOSSIER - 360 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: huit cent soixante dirhams DH

مختبر انوال

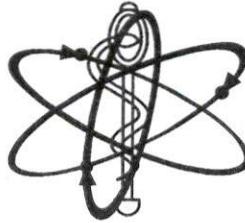
Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Le médecin traitant : Dr AOUA Professeur de Médecine Université de la République du Congo Brazza</p> <p>EPG</p> 	<p>PTEL</p>

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

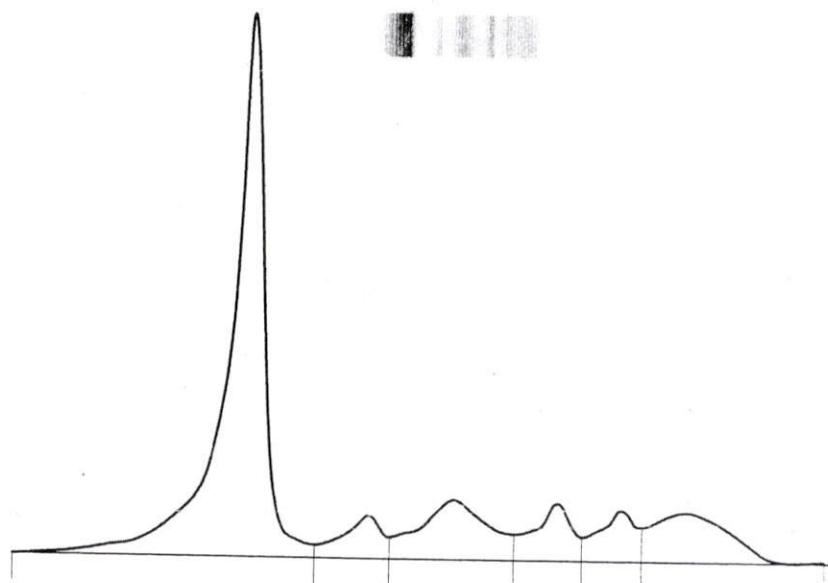
Nom/Prénom: BELLAMINE Rajaa

Prélèvement du: 12/12/2022

ID : 2412120021

Eléctrophorèse des Protéines Sériques

Technique capillaire (sebia)



Rapp.A/G : 1,40

Protides .T 71 g/L

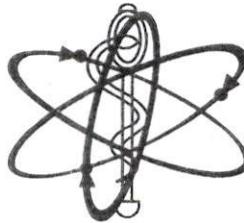
Fractions	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	58,4	55,8 - 66,1	41,46	40,20 - 47,60
Alpha 1	5,2	2,9 - 4,9	3,69	2,10 - 3,50
Alpha 2	12,6	7,1 - 11,8	8,95	5,10 - 8,50
Beta 1	6,6	4,7 - 7,2	4,69	3,40 - 5,20
Beta 2	5,8	3,2 - 6,5	4,12	2,30 - 4,70
Gamma	11,4	11,1 - 18,8	8,09	8,00 - 13,50

Signature

JY

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



Mme Rajaa BELLAMINE
Né(e) le : 06-08-1955
Dossier N° : 2212120021
Date de l'examen : 12-12-2022
Prélevé le : 12-12-2022 09:50 en interne
Édité le : 15-12-2022

مختبر أنوال
Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

DR : Ouafa MKINSI SLAOUI
Adresse : 545, Boulevard Panoramique – Californie
CASABLANCA

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.coefrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BIOCHIMIE SANGUINE

Electrophorèse des protéines sériques

Courbe

Voir feuille ci-jointe

IONOGRAMME SANGUIN

Echantillon primaire : plasma hépariné

71 g/l (44-87)

Protéines totales [AC]

(Colorimétrique Biuret– Cobas 6000® – Roche)

HORMONOLOGIE

PTH [AC]

(ECLIA– COBAS 6000® Roche)

30.3 pg/ml (15.0-65.0)
3.21 pmol/l (1.59-6.89)

