

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

N° P19- 0043932

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 598 Société : 158246
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENOUGHOU Mohamed
 Date de naissance : 29/01/42
 Adresse : 3, Rue Saïd Barou Zouhair, 84, Ess. B
 Apph. n° 5 de Palmyre CASAB
 Tél : 05 22 22 50 7 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mr. Bougallou Ben Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer - Femme

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 : Casablanca Le : 26/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
27/11/2023	vac. jch cf		2676,25 gr	

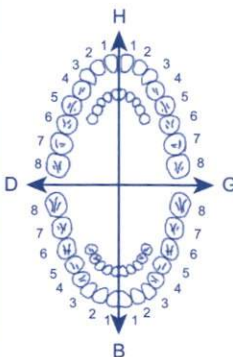
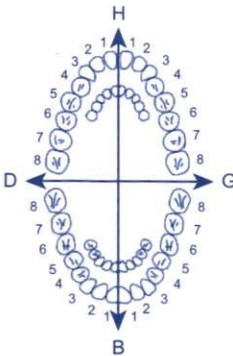
[illegible][illegible][illegible]

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 canaux, 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> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553				B					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																														
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	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"/>																														

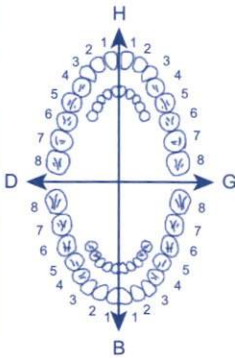
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	G

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	
	B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP

98

MATRICULE : 35071

ADHERENT : BENJELLOUN MOUNA

BENEFICIAIRE : BENJELLOUN MOUNA

9098

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
17 00	PANSEMENTS		1.500,00	0,85		1.275,00
19 01	SEJOUR NORMAL		400,00	0,85		340,00
19 03	PHARM. EXTRA USUELLE		1.500,00	0,37		556,88
19 04	K ANESTHESISTE		1.800,00	0,85		1.530,00
19 06	K CHIRURGIE >= 50		9.000,00	0,56		5.000,00
19 09	K FRAIS DE SALLE		2.500,00	0,10		250,00
99 00	PRESTATIONS NON REMB		700,00			0,00
	nr consommable + ami + Gaz					
	T O T A U X		17.400,00			8.951,88
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
		30/03/2023	0X1211398	35071 00 2023 2330435	23595224	8.951,88



CASABLANCA, LE 18/01/2023

Objet : Prise en Charge

C/Mme : **BENJELLOUN MOUNA**

Adhèrent (e) : **EM**

Mlle N° : **35071**

Messieurs,

Nous vous informons que nous donnons notre accord pour la prise en charge des frais d'hospitalisation, suivant votre devis du 17/01/2023, à hauteur de 85% concernant :

- **Mme : BENJELLOUN MOUNA**

Dans l'intérêt général et afin de nous permettre d'activer le règlement des sommes dues par notre agent, nous vous prions de bien vouloir remettre directement à la fonction Développement Social / BCP dans un délai maximum d'un mois la facture et les pièces justificatives accompagnées de la déclaration de maladie ci-jointe dûment complétée par vos soins, en indiquant le numéro et la domiciliation de votre compte bancaire sur la facture, ainsi que les références de notre prise en charge sus indiquées, L'Identifiant fiscal (IF) et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE).

Nous vous signalons que la feuille de maladie ainsi que la facture doivent obligatoirement être signées par l'adhérent et que la durée de cette prise en charge est de 1 mois, passé ce délai elle sera considérée nulle et sans effet.

Par ailleurs, nous vous précisons que les frais annexes tels que : suite accompagnant, téléphone, etc... ne seront pas pris en charge.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos salutations distinguées.

N.B : Ce dossier ne doit en aucun

cas être remis à l'adhérent.

NB / a joindre tous les ppm et prospectus des médicaments consommés

INGÉNIERIE VIE SOCIALE

EL MOUADAB
Chef de Département

S.TAHRI JOUTEI
Chef de Projet RH Expert

Facture à adresser : BANQUE CENTRALE POPULAIRE
2 AV MY RACHID BP 1050 - 20 000 CASABLANCA MAROC
ESPACE PORTE D'ANFA
INGÉNIERIE VIE SOCIALE
DEPARTEMENT RELATIONS SOCIALES

BANQUE CENTRALE POPULAIRE

S.A. au Capital de 2.022.546.560 DH - Régie par le Dahir n° 1-00-70 du 17 Octobre 2000 (Loi n° 12.96) - RC : Casa 28173

C.N.S.S : 1698648 - IF : 01084612 - TP : 34770085 - I.C.E : 00534931000016

Siège social : 101, Bd Mohamed Zerktouni - BP 10.622 - 20 100 Casablanca

Tél : +212 (0) 522 20 25 33 / (0) 522 22 41 11 - Fax : +212 (0) 522 20 19 32 / (0) 522 20 19 33 - groupebcp.com



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Casablanca, le 16/01/2023

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Concernant : Mme BENJELLOUN MOUNA

Date de constatation de l'état du malade :

Renseignement cliniques sommaires :

Carcinome Tumeur droit

Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information

ou à la demande d'entente (si possible, nombre des actes en série)

Mastectomie droite et reprise

apilair. (Kco)

Dr. Mouna AMINI
CHIRURGIENNE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIENNE EN GYNÉCOLOGIE ET MAMMAIRE
25, rue de l'Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 27-01-2023

Facture N° 02783/23

A. Identification

N° Dossier : COC23A26073555

N° Identifiant : 035250

Nom & Prénom : Mme BEN JELLOUN MOUNA

C.I.N : B38878

Adresse : adresse

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BEN JELLOUN MOUNA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **BANQUE POPULAIRE**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation : 35071

N° Prise en charge : DS/DRS/N°2023-098-053

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 26-01-2023

Date Sortie : 27-01-2023

Médecin traitant : DR. AFIFI ADNANE

Traitement : CHIRURGIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Organisme
HOSPITALISATION						
1	HOSPITALISATION CHAMBRE DOUBLE		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
INTERVENTION						
100	BLOC OPERATOIRE		25,00			2 500,00
Total Rubrique :						2 500,00
PRESTATIONS						
1	AIDE MED. INF. K5		700,00			700,00
1	PANSEMENT A TITRE EXTERNE		1 500,00			1 500,00
1	FRAIS CLINIQUE		60,00			60,00
Total Rubrique :						2 260,00
PARTIE CLINIQUE :						6 660,00
HONORAIRES ANESTHESISTES						
60	DR. AARAB /TALIBI (ANESTHESIE-REANIMATION)		30,00			1 800,00
Total Rubrique :						1 800,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. AFIFI ADNANE (CHIRURGIE GENERALE)		9 000,00			9 000,00
Total Rubrique :						9 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						10 800,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

DIX-SEPT MILLE QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

QUATORZE MILLE SEPT CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS

TOTAL GENERAL	17 460,00
Total Organisme (BANQUE POPULAIRE)	14 790,00
Total Adhérent	2 670,00

signature de l'assuré

SERVICE FACTURATION
Centre :
4, Route de l'Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

26/01/2023 07:58

Reçu

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCO CASABLANCA

NOM DU PATIENT : Mme BEN JELLOUN MOUNA
DATE DE NAISSANCE : 14/06/1959
COC23A26073555



Reçu N°: 120239

Paiement du 26/01/2023 07h42

Montant

2 670,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 26