

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 598 Société : 158246

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : BENOUNI HOUSSAIN Mohamed

Date de naissance : 29/01/42

Adresse : 3, Rue Saine Zouou Zouzaim, 3<sup>er</sup>, E.S.E B

Appart 5<sup>me</sup> Palier CASA

Télé. 0522 66688612 Total des frais engagés : ..... Dhs  
0522 230700

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. AFIFI Adnane**  
CHIRURGIEN GYNECOLOGUE  
CANCEROLOGIE GYNECOLOGIQUE  
ET MAMMAIRE  
8, Rue Ibnou Yassia El Ifrani - Casablanca  
Tél : 0522 384 354 - Fax : 0522 384 355

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Mme Bensellam Naïma 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 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 : 0522 Le : 21 AVR 2023

Signature de l'adhérent(e) : Naïma Bensellam



## RELEVE 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
27/01/2023	Visite		2640,00	
			25	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## RELEVE 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 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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  
9098

BENEFICIAIRE : BENJELLOUN MOUNA

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 consomable + 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**

Adhérent (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

Facture à adresser : BANQUE CENTRALE POPULAIRE  
2 AV MY RACHID BP 1050 - 20 000 CASABLANCA MAROC  
ESPACE PORTE D'ANFA  
INGÉNIERIE VIE SOCIALE  
DÉPARTEMENT 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) - R.C : Casa 28173  
C.N.S.S : 1698648 - I.F : 01084612 - T.P : 34770085 - I.C.E : 001534931000016  
Siège social : 101, Bd Mohamed Zerkouni - 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

**INGÉNIERIE VIE SOCIALE**

**EL MOUHAMMAD**  
Chef de Département

**S.TAHRI JOUTEI**  
Chef de Projet RH Expert



AKDITAL

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

Casablanca, le 16/01/2023

### **NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT**

Concernant : Mme BENGELOUN MOUNA

Date de constatation de l'état du malade :

Renseignement cliniques sommaires :

Calectomie Tumore 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)

Talectomie Malte + reprise

ap/par. (Ecos)





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

Palement du 26/01/2023 07h42

Montant

2 670,00 Dh

Type de palement

Espèce

Imprimé par : MIFTAH EL HASSANI MOHAMED Le 26