

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 soirs 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.

N° W19-543055

ND:29542 couplement

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		0074		Société :			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom :		BENYAHIA ABDERRAFI					
Date de naissance :		19419					
Adresse :		186 LTS FLORIDA - SIDI MAAROUF					
Tél. :		0665200356		Total des frais engagés :		Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <u>BELLAMINE RAJAT</u> Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 sur ce caractère 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 : 17/06/2020 CASABLANCA Le : 17/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



**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).

- Soit 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 : BELLA MINE
Prénom : R A J A A

N° S'INISTRE: [] NBR. DE PIÈCES: [] TOTAL DÉPENSES: 1.200,00

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin :	Dr. OUMR HILAL DRIECH Gynécologue - Obstétricien Angle Bir Anzarane et Caid Achar Res. Rith 3ème étage - Casablanca Tél: 0522 23 10 15 - Csm: 0522 22 28 82	MALADE (2)
	Nom du malade :	[]	
	Prénom du malade :	[]	
Nature de la maladie :	Douleur mammaire		
Signature			

MAP 31-13

(1) Porter le code Banque .

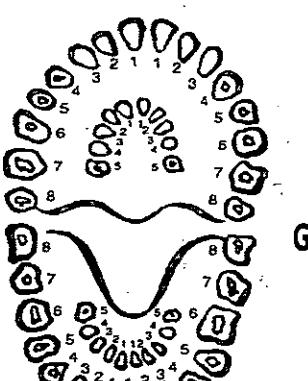
(2) Mettre une croix dans la case correspondante .

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.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant le paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MÉDECIN TRAITEMENT	26/2/20 Cst		Dr. OUDJERI DR SIH Généraliste - Inspecteur Rimbent 100% - Cst 100%	Gratuit	
ANALYSES RADIOGRAPHIES	26/2/20 782		Centre de Radiologie 480, Bld de l'Industrie 63130 Montluçon Tél. 03 43 22 22 22 Fax 03 43 22 22 23	1200,-	
ACTES MÉDICAUX OU PARA-MÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste		Montant de la facture	Réserve à la Mutuelle
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)					

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS	<input type="checkbox"/>	PROTHESE	<input type="checkbox"/>
			
Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :			
Date : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>			
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :			
Date de l'appareillage : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>			



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

CODE RUBRIQUE	NATURE	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
12 00	R RADIOLOGIE R-Z		1.200,00	0,85		1.020,00
	T O T A U X		1.200,00			1.020,00

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
28/05/2020	0X1211398	21501 00 2020 2038190	20542341	1.020,00

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
 Dr. Naima BENJELLOUN DEBBAGH
 Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
 Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
 Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
 Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 26/02/2020

FACTURE N° : FA:00 2294/20
 Nom : BELLAMINE RAJAA
 EP. BENYAHIA

Arrêtée la présente facture à la somme de :

1 200,00 Dhs

MILLE DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE	300,00 Dhs
MAMMO-TOMOSYNTHÈSE	900,00 Dhs

Mode de règlement CHEQUE

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

Total : 1 200,00 Dhs
 CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
 400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Maârif
 Tel: 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 58 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
 CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr JUDRHIRI IDRISI Hicham
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria

Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins
Coelioscopie et Hysteroscopie
Stérilité du couple, FIV - ICSI

20 février 2020



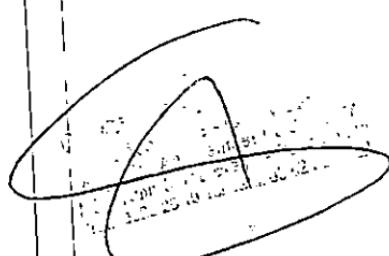
الدكتور ودغيري إدريسي هشام
اختصاصي في أمراض النساء والوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر
بالمستشفى الجامعي بالميريا
الطبيب المختيني والحمل عالي المخاطر
جراحة النساء والتوليد
الجراحة بالمنظار
العمق والإخصاب

MMÈ BELLAHINE RAJAA

TOMOSYNTHÈSE MAMMAIRE

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE



Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caid Alchettar Résidence Ribh A, 3 étage
Tél: 05 22 25 10 15 - Urgences: 06 62 22 48 82

نطاط شارع بدر أزдан وزينة العائد الأفطر، الامة دبع، الطابق 3، عمدة (أوي)
الهاتف: 05 22 25 10 15 - المستجدات: 06 62 22 48 82

Casablanca, Le 26/02/2020

Patient BELLAMINE RAJAA EP. BENYAHIA
Médecin traitant DR OUDRHIRI IDRISI HICHAM
Examen(s) réalisé(s) MAMMO-TOMOSYNTHÈSE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

RC : 64 A / 3 P / Ménopausée / Sans THS / Sans antécédents personnels de néoplasie du sein / Antécédent familial : mère traitée pour sein à l'âge de 69 ans.
Ancien bilan effectué en 2017 : RAS.

Bilan de dépistage.

Technique : Examen réalisé par un appareil numérique direct type Hologic Selenia

Dimensions avec tomosynthèse.

Deux incidences : faces et obliques.

Résultat :

Mammo-tomosynthèse :

Seins de volume symétrique.

Trame conjonctivo-glandulaire en involution fibrölipomateuse partielle : type B.

Il n'est pas noté de masse ou de distorsion de l'architecture glandulaire d'allure suspecte.

Il n'est pas observé de regroupement suspect de microcalcifications.

Le balayage en tomosynthèse ne décèle aucune particularité.

Les revêtements cutanés sont normaux.

Les prolongements axillaires sont libres.

Echographie mammaire :

Le balayage échographique des seins et des creux axillaires ne décèle aucune anomalie.

Conclusion :

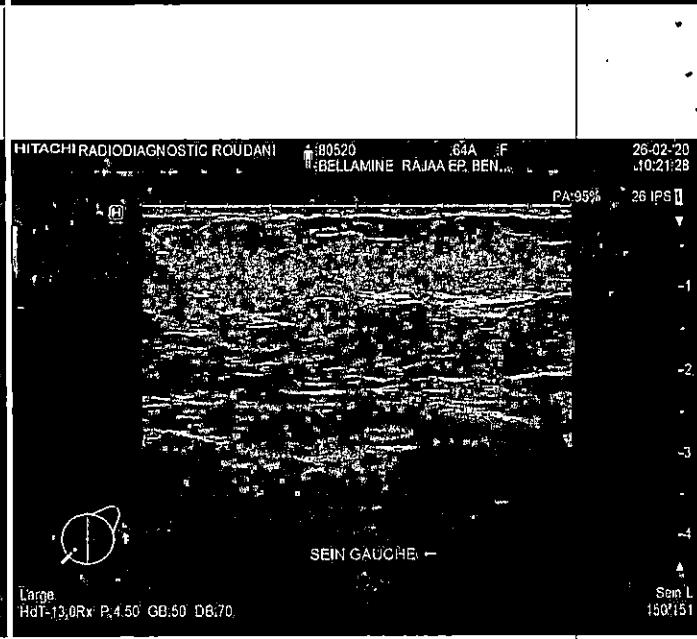
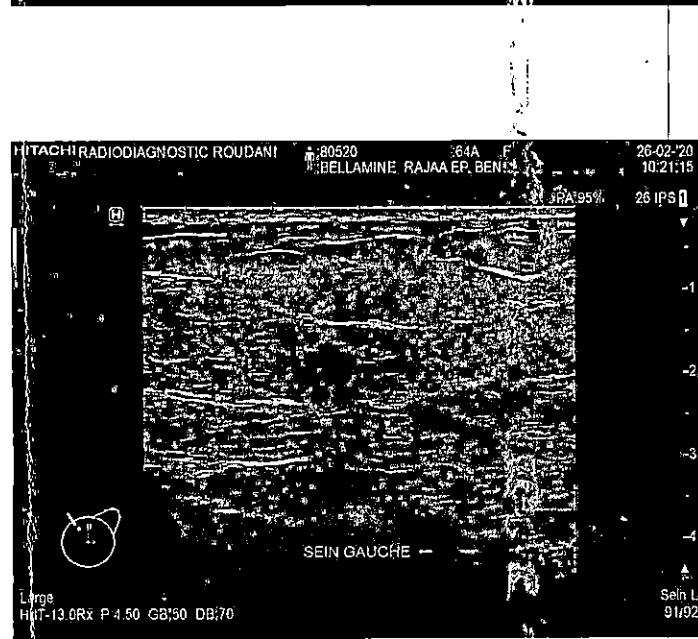
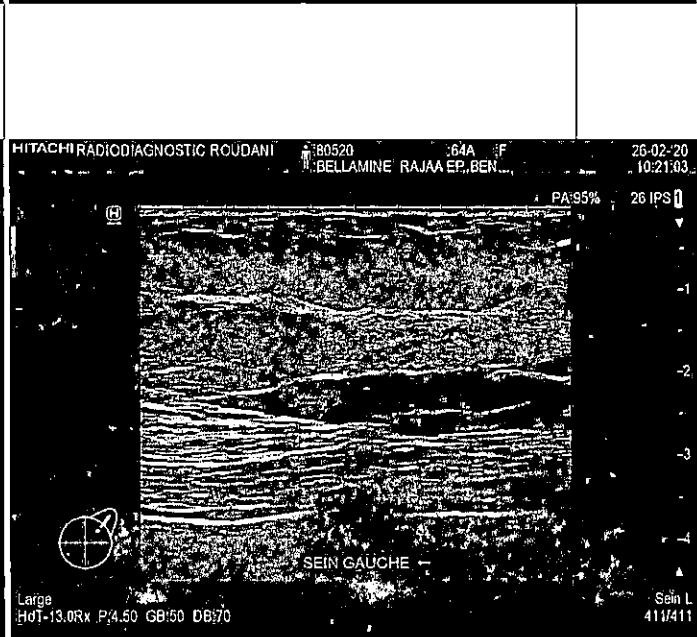
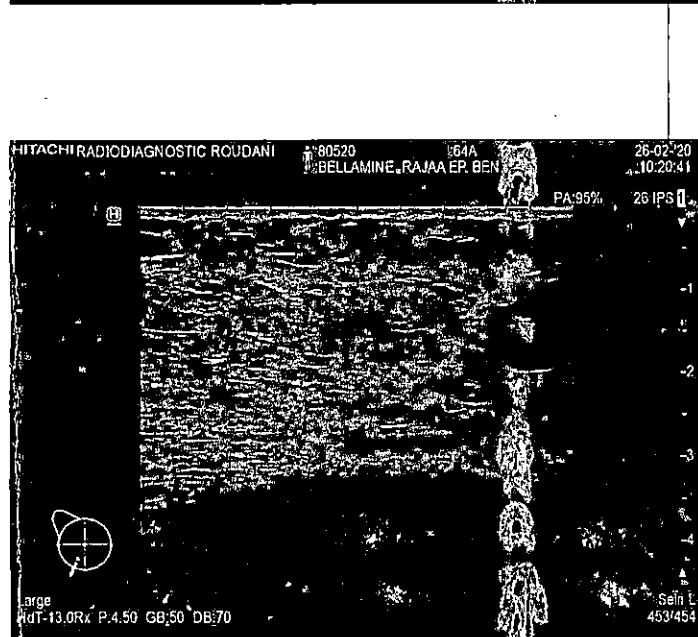
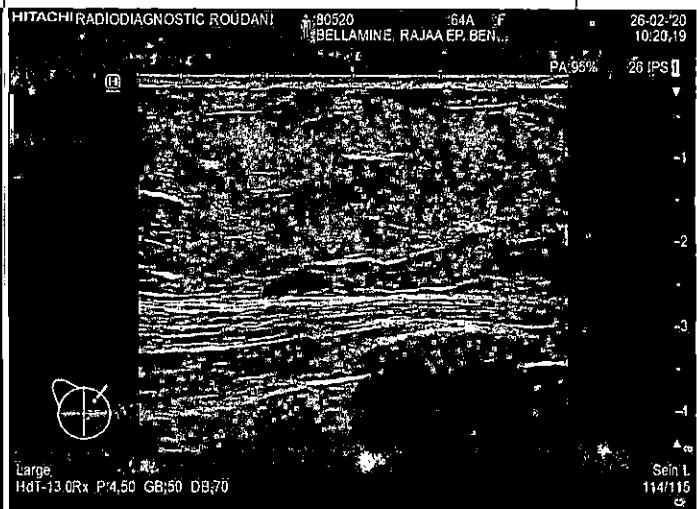
Bilan sénologique de dépistage ne montrant pas d'anomalie suspecte au niveau des deux seins.

Examen classé ACR 1 à droite et à gauche de la classification BI-RADS.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. H. AMRANI MIKOU

Prière de conserver cet examen et de le ramener lors des prochains contrôles.



BELLAMINE RAJAA EP BENYAHIA