

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-543057

ND:29541 Complément

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 00774 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YAHIA ABDELLAH

Date de naissance :

1949

Adresse :

186 LTS FLORIDA - SIM MAAROUF  
CASABLANCA

Tél. :

0665202356

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

BELLAMINE RAJAA

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 22/06/2020

ACCUEIL

## 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, matricole 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 chaque 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).

- Sont 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 PRÉVOYANCE  
DES BANQUES POPULAIRES  
GROUPE BANQUE POPULAIRE

## DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré : BELLA MINE  
Prénom : RASAA

N° SINISTRE :        NBR. DE PIÈCES :        TOTAL DÉPENSES : 490,00

-POLICE-(1) : 1T2T1T1T398 MATRICULE CPM : 91501 ORDRE FAMILIAL : 00

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin	Dr Mustapha OUDRHIRI Spécialiste en Médecine Interne et en Gérontologie D. en Diabetologie 49, Bd Hassan II, Casablanca	MALADE (2)  Lui même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
	Nom du malade	<u>TELE: BELLA MINE</u>	
	Prénom du malade	<u>RASAA</u>	
	Nature de la maladie	<u>J3 de Spina</u>	

A ... Casab... Le 10/05/2020 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 - pil cacheté à l'intention du médecin - conseil de la Mutuelle.

<b>Praticien</b>	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant le paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	04/03/2020	C5	Dr Mustapha OUDRHIRI Spécialiste en médecine générale et en gériatrie 49-Bd 2 MAIS N°7 Casablanca Tél : 0522 24 11 04	5000 Dhs	
ANALYSES RADIOGRAPHIES					
ACTES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX	9/03/2020		9/03/2020	1300 Dhs	
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 / ORTHOPÉDIQUE)					

Réserve à la Mutuelle ( commentaire )

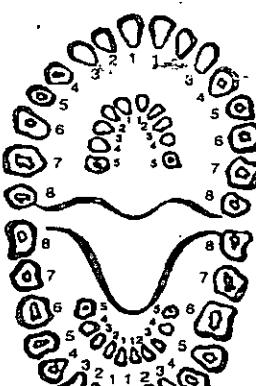
\_\_\_\_\_

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)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS	<input type="checkbox"/>	PROTHESE	<input type="checkbox"/>
			
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Date : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px;" type="text"/> / <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px;" type="text"/> / <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px;" type="text"/></p>			
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Date de l'appareillage : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px;" type="text"/> / <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px;" type="text"/> / <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px;" type="text"/></p>			



MUTUELLE DE PREVOYANCE  
DES BANQUES POPULAIRES

GRUPE 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
1 02 12 00	CONSULTØ SPECIALIST R RADIOLOGIE R-Z		300,00 190,00	0,85 0,85		255,00 161,50
	T O T A U X		490,00			416,50

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 2038218	20544404	416,50

# عيادة الطب الباطني وطب المسنين

## CABINET DE MEDECINE INTERNE ET DE GÉRIATRIE

Dr. Mustapha OUDRHIRI

Spécialisé en Médecine interne et en Gériatrie

Diabétologie, Echographie générale

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire

Mohamed V de Rabat

Membre de la société française

de Gériatrie et de Gérontologie



د. المصطفى ودغيري

أخصائي في الطب الباطني وطب المسنين

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الفحص الصدري

طبيب سايت بمستشفيات باريس

طبيب سايت بالمستشفى العسكري

محمد الخامس برباط

عضو بالجمعية الفرنسية لطب المسنين

Casablanca, le : ٢٤ / ٠٣ / ٢٠٢٢

M. BELLAHINE Rafa

R. T. Rafa

Dr MUSTAPHA OUDRHIRI  
Spécialiste en Médecine Interne et en Gériatrie  
49, Bd 2 Mars N° 10  
Casablanca - Maroc

[www.droudrhiri.com](http://www.droudrhiri.com)

E-mail : oudmus@yahoo.fr

49, Bd. 2 Mars - 1000, les Roseaux, 2<sup>ème</sup> étage - Appt. N° 7 - à côté du Lycée Mohammed V - Casablanca

Tel.: 05 22 26 02 46 / 05 22 26 11 04 - Urgences/Whatsapp : 06 41 59 08 48

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

CASABLANCA , LE 12/03/2020

**F A C T U R E**

N° Admission	: 20003992	N° Facture :	20003928	Date facturation:	09/03/2020
--------------	------------	--------------	----------	-------------------	------------

Nom et prénom du patient : RAJAA BELLAMINE

Convention : PAYANT

PRESTATIONS		Nombre	Prix unitaire	Montant
RX POUMON F		1.00	190.00	190.00
			Sous-Total	190.00

Arrête la présente facture à la somme de :

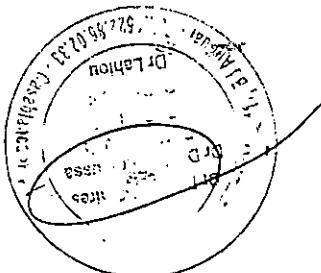
Cent quatre-vingt dix dirhams

Total : 190.00

Immatriculation

N° prise en charge

Nous compte bancaire :



www.anoual.ma | E-mail : anoualte@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68  
 Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 99/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93  
 TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 2121 1158467 000 921

Dr Chakib BENNANI-SMIRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 09 Mars 2020

**DR OUDRHIRI MUSTAPHA**

**MME. BELLAMINE RAJAA**

### **COMPTE RENDU**

#### **RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE :**

- Transparence normale du parenchyme pulmonaire.
- Silhouette cardiomédiastinaire d'aspect normal.
- Vascularisation pulmonaire normalement répartie.

#### **Conclusion :**

*Image thoracique normale.*

