

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Consigne
Déclaration de Maladie

M22- 0033929

157388.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENYALIA ABDERRAHIM
 Date de naissance : 1949
 Adresse : 186 LOTISSEMENT FLORIDA
 92111 MARSUS
 Tél : 0665200356 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : Le : 14 / 04 / 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

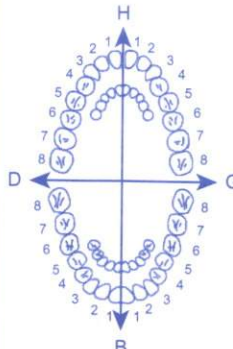
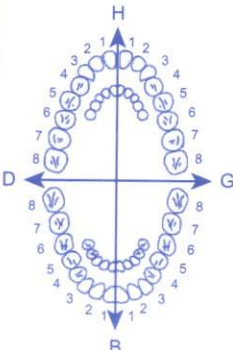
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

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 :

4.432,30

POLICE (1) :

1 2 1 1 3 98

MATRICULE CPM :

21501

ORDRE FAMILIAL : 00

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom et adresse ou cachet du médecin :

CHERIF BEN MOUSSA
RHUMATOLOGUE
Hôpital de Casablanca

Nom du malade :

Bellamine

Prénom du malade :

Rajaa

Nature de la maladie :

ostéoporose

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

Casablanca

Le 24.01.2023

Signature

[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.

MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DES BANQUES POPULAIRES

Instituée sous le régime du Dahir N°157.187 du 21 Jourmada II 1383 (12 novembre 1963), portant statut de la mutualité.

Adresse : 101, Bd Mohamed Zerkouni - B.P. 10622 - 20100 Casablanca - Tél : (+212) 5 22 20 25 33 / (+212) 5 22 22 41 11 - Fax : (+212) 5 22 22 87 33



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : C.P.M - BCP : PL - RETRAIT N° de sinistre : 92646927
Contrat n° : 0X1211498 / 00 N° dossier : 8735967
N° d'affiliation : 21501 Date de survenance : 27/12/2022
Matricule Société : 0 Date de traitement : 13/02/2023
Assuré : BELLAMINE RAJAA Date de remboursement : 15/02/2023
Bénéficiaire : BELLAMINE RAJAA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	300,00	300,00	0	85.00	0,00	255,00
ANALYSES B	690,00	690,00	0	85.00	0,00	586,50
MEDICAMENTS	3 343,30	401,30	0	85.00	0,00	341,10
PRESTATIONS NON REMB	99,00	99,00	0	0.00	0,00	0,00
	4 432,30	1 490,30			0,00	1 182,60

Observations : NR/ JUVATONS + ACLASTA

Informations :

13 AVR 2023

البنك الشعبي المركزي
banque centrale populaire s.a
*01, Bd. Zerktouni-Casablanca - R.C. 64540 20172

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
MÉDECIN TRAITANT	27/12/2022	2.22	<i>[Signature]</i>	690 Dh	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES	29.12.22	B510	<i>[Signature]</i>	690 Dh	
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste	Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle	
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	27/12/22	Dr. BENYAHIA Mohamed Micham Pharmacie RABIZ 173, Bd/El Hira Lot Errabii. BERRECHID - Tél: 0522 33 69 60	362/3		

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

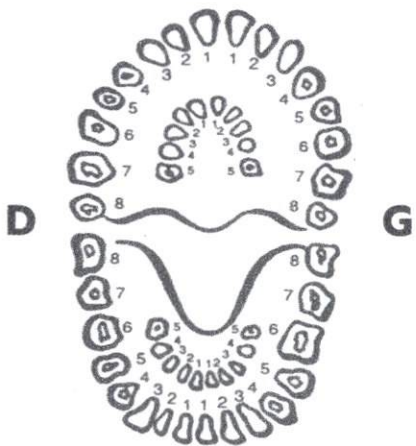
SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

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

SOINS <input type="checkbox"/> PROTHÈSE <input type="checkbox"/>	Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : _____
	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.

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue
Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05 22 22 23 04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائي في الروماتيزم
أمراض العظام و المفاصل
و العمود الفقري و العضلات

الهاتف / الفاكس : 05 22 22 23 04

بالموعد

Casablanca, le : 27/12/2022 في : الدار البيضاء،

34.00 ✓ 1^{re} Bellanone Ryzin
1) Nydoflex

1 cp x 2^{es} x 1 mes
61.50

2) Nobicor (S.V.)
1 cp x 2^{es} x 1 mes

52.80
3) Tels de (S.V.)
1 cp x 2^{es} x 1 mes

99.00
4) Juvatonis (S.V.)
1 cp x 2^{es} x 1 mes

Dr. BENYAKIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIS
173, Bd. El-Hirba, Del Errabli
BERRECHID - T. : 0522 24 69 00

44, زنقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف. الفاكس : 05 22 22 23 04

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochid) 3^{ème} Etage - Tél.Fax : 05 22 22 23 04

البريد الإلكتروني : hasnaab5@hotmail.com

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 27/12/2022 في: الدار البيضاء

A^e Bellamine Raja

Calcium

Calcium 24h

20040.60
3



CHERIF BEN MOUSSA
RHUMATOLOGUE

Mme BELLAMINE Raja
06-08-1955
2212270026



44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04
البريد الإلكتروني : hasnaab5@hotmail.com

3041, 30
Adelste r
A. fowlo



CHERIF BEN MOUSSA
I. HUMATOLOGUE
des Hôpitaux, Or des Hôpitaux
22 23 06

3442, 30

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIS
173 Bd. El Miraa Lot Errabli
BEJA - TUNISIE - Tél: 0522 33 69 69



Anoual

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

FACTURE N° 2212270028

Mme Rajaa BELLAMINE

Demande N° 2212270028

Date de l'examen : 27-12-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Calcium	3300	B
	Calcium des 24 heures	B30	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B

Total des B : 510

TOTAL DOSSIER : 690 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix dirhams DH

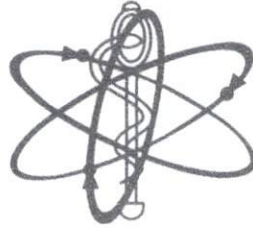
**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Angle Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97
زاوية شارع أنوال وشارع الإسكندرية. حي المستشفيات. الدار البيضاء- الهاتف : 05 22 86 03 36 / 06 59 27 33 92 / الفاكس : 05 22 86 04 97
E-mail : laboratoire-anoual@outlook.fr Site web : www.labanoual.ma - IF : 42032540 - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883

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

Mme Rajaa BELLAMINE

Né(e) le : 06-08-1955

Dossier N° : 2212270028

Date de l'examen : 27-12-2022

Prélevé le : 27-12-2022 09:40 en externe

Edité le : 28-12-2022

DR : Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Adresse : 44 rue des hopitaux 3ème Etage CASABLANCA

Page 1 / 1



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

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

IONOGRAMME SANGUIN

Echantillon primaire : plasma hépariné

Calcium [AC]

(5-Nitro 5-méthyl-BAPTA Cobas 6000® Roche)

89 mg/l

2.22 mmol/l

(88-102)

(2.20-2.54)

09-11-2020

91

BIOCHIMIE URINAIRE

Echantillon primaire : urine

Diurèse des 24h

2 700 ml / 24h

20-03-2021

1 400

Calcium urinaire (échantillon)

(Cobas® - Roche)

59 mg/l

1 mmol/l

Calcium urinaire des 24h

(Cobas® - Roche)

159

(100-300)

VITAMINOLOGIE

échantillon primaire : sérum

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

((Chimiluminescence - COBAS 6000® Roche))

Insuffisance en vitamine D : Entre 47.5 à 72.5 nmol/l (19 à 29 ng/ml)

Carence en vitamine D : < 50 nmol/l (< 20 ng/ml)

167.4 nmol/l

67.0 ng/ml

(>75.0)

(>30.0)

