

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0024670

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00774

Société :

162037

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

DENYAHIA ABDERRAH

Date de naissance :

1949

Adresse :

176 Lotissement FORDA - Sidi MAAROUF
CASABLANCA

Tél. :

066120376

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

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

24 MAI 2023

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 : 24 / 05 / 2023

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

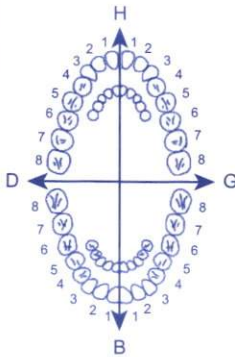
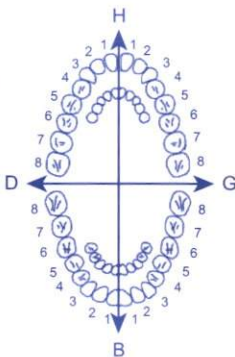
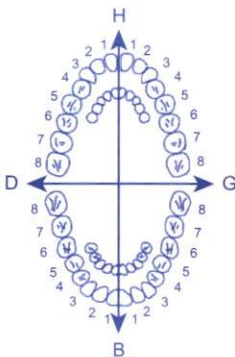
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, 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"/>													
		<div> <div>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</div> <div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			H	25533412	21433552													
D			00000000	00000000														
G			00000000	00000000														
B			35533411	11433553														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
	<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



MATRICULE : 21501

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02 15 00 16 00	CONSULTø SPECIALIST ANALYSES B MEDICAMENTS		300,00 545,00 40,20	0,85 0,85 0,85		255,00 463,25 34,17
	T O T A U X		885,20			752,42
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
		27/04/2023	0X1211398	2f501 00 2023 2342122	23675395	, 752,42

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 :

885,20

POLICE (1) :

1 2 1 1 3 98

MATRICULE CPM :

21504

ORDRE FAMILIAL :

00

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Dr. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE
51, Bd Rmala El Mekini - Casablanca
Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677

Nom du malade :

BELLAMINE

Prénom du malade :

RAJAA

Nature de la maladie :

Diabète sucré

Dr. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE
51, Bd Rmala El Mekini - Casablanca
Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677

Lié par mariage ☒
Conjoint ☐
Enfant ☐

MBP 31-20

À

Casablanca, Le 12/04/2023

Signature

[Signature]

(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 Jourada 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

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI

Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholesterol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

16/03/2023

المختصة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في امراض الغدد

وداء السكري والكوليسترول

علاج السمنة وامراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le في الدار البيضاء،

BELLAMINE RAJAA

13.400

• Levothyrox 50µg

1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS



40.16

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RAB13
173 Bd. El Hirga Lot Errabii
BERRECHID - Tél: 0522 33 69 60

Dr. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABÉTOLOGUE
51, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 31 77 - 06 82 51 89 93

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA
Téléphone: 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف / Whatsapp: 06 82 51 89 93 ©
E-mail: cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI
Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques

الحمية و فواء تشفيق فلال
اختصاصية في أمراض الغدد
وداء السكري والكوليسترول

Mme BELLAMINE Reja
06-08-1955
2303140031

ORDO



Dr. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGIE
51, Bd. Rahal El Meskini
Casablanca - Tél: 05.22.44.31.77

علاج السمعة و أمراض الغدة الدرقية
الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

Casablanca, le 13/03/2013

- ☐ Glycémie à jeun
☐ Glycémie Post-Prandiale
(2 heures après le repas)

- ☐ Hémoglobine glyquée (Hb A1 C)
☐ Fructosamine
☐ Triglycérides
☐ Cholestérol total

HDL

LDL

- ☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Microalbuminurie sur les urines de 24h
☐ ECBU
☐ TGO/TGP/GGT
☐ Sérologie Hépatite B et C
☐ NFS
☐ Uricémie
☐ Calcémie
☐ PSA
☐ Claiance de la Créatinine

☐ TSH u-s

☒ T4 L

☐ T3 L

☐ Anticorps anti TPO

☐ Anticorps anti récepteurs TSH

☐ Cortisol libre Urinaire

☐ Cortisolémie -8h.....

☐ -16h.....

☐ Prolactinémie à -10h.....

☐ FSH

☐ LH

☐ IGF 1

☐ Anticorps anti gliadine

antiendomysium

☐ Testosteronémie

☐ 17 OH Progestérone

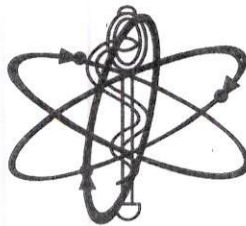
☐ Dérivés Methoxylés

Dr. W. CHAFIQ FILALI
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGIE
51, Bd. Rahal El Meskini
Casablanca - Tél: 05.22.44.31.77

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 / الهاتف / Whatsapp : 06 82 51 89 93

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

FACTURE N° 2303140031

Mme Rajaa BELLAMINE

Demande N° 2303140031

Date de l'examen : 14-03-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	TSHus	B200	B
	T4Libre	B200	B

Total des B : 400

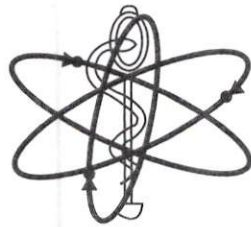
TOTAL DOSSIER : 545 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quarante-cinq dirhams DH



Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



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° : 2303140031

Date de l'examen : 14-03-2023

Prélevé le : 14-03-2023 09:07 en interne

Edité le : 14-03-2023

DR : WAFIA CHAFIQ FILALI

Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI 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].

BILAN THYROIDIEN

Echantillon primaire : Sérum

TSHus [AC]
(ECLIA – COBAS 6000® Roche)

1.91 $\mu\text{UI/ml}$ (0.27–4.20)

12-12-2022

2.53

T4 L [AC]
(ECLIA – COBAS 6000® Roche)

11.69 pg/ml (9.94–15.84)
15.05 pmol/l (12.79–20.39)

12-12-2022

9.87



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 الاسكندرية حي المستشفيات الدار البيضاء. الهاتف : 05 22 86 03 36 / 06 59 27 33 92 : الفاكس : 05 22 86 04 97

laboratoire-anoual@outlook.fr Site web : www.labanoual.ma - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883