

# 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.

M22- 0024670

*Complexe et*  
 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	00774	Société :	168037
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DENYAHIA ABDELLAH	
Date de naissance :		1949	
Adresse :		17b Loc. 10000 Fouda - Sidi MAAROUF Casablanca	
Tél. :		066 943 76 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 : Paul Paul Le : 24/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

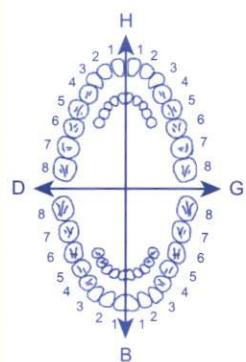
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA  
9098

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	CONSULTØ SPECIALIST		300,00	0,85		255,00
15 00	ANALYSES B		545,00	0,85		463,25
16 00	MEDICAMENTS		40,20	0,85		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	21501 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, matricole 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) : <u>BELLAMINE</u>
Prénom : <u>RASAA</u>

N° DE SINISTRE : \_\_\_\_\_ NOMBRE DE PIÈCES : \_\_\_\_\_ TOTAL DÉPENSES : 885,20

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

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Nom et adresse ou cachet du médecin : <b>Dr. W. CHAFIQ FILALI</b> ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE 51, Bd Raphaël Meskini - Casablanca Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677	
	Nom du malade : <u>BELLAMINE</u>	<b>Dr. W. CHAFIQ FILALI</b> ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE 51, Bd Raphaël Meskini - Casablanca Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677 Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>
	Prénom du malade : <u>RASAA</u>	
Nature de la maladie : <u>Diabète</u>	<i>Dr. W. CHAFIQ FILALI</i> Casablanca Le 12/04/2023 Signature	

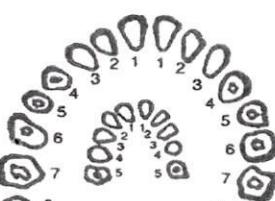
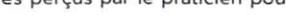
A \_\_\_\_\_ Casablanca \_\_\_\_\_ Le 12/04/2023 Signature  
INPE 31-20  
ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGUE  
51, Bd Raphaël Meskini - Casablanca  
Tél: 0522 44 31 77 - INPE: 091039677

- (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.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant du paiement des actes	Montant détaillé des honoraires	Réserve à la Mutuelle
MÉDECIN TRAITANT	13/03/2023	Dr. W. CHAIB FILS	DR. W. CHAIB FILS	DR. W. CHAIB FILS	
ANALYSES OU RADIOGRAPHIES	15 MARS 2023	3400	DR. W. CHAIB FILS	DR. W. CHAIB FILS	
ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX					
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	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
	16/03/2023	Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RABIA 173, Bd. El Hiraa Lot Errabia BERREKA ID - Tél: 0522 33 69 11	60,20		

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

<b>SOINS</b> <input type="checkbox"/> <b>PROTHÈSE</b> <input type="checkbox"/>	
 <p><b>D</b> </p> <p><b>G</b> </p>	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p>   <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :</p>  <p>Date : </p>
<p><b>Le praticien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- couvre de hachures les dents à remplacer ;</li> <li>- surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets ;</li> <li>- indique la nature de l'appareil ainsi que le nombre de dents artificielles et de crochets.</li> </ul>	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p>   <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :</p>  <p>Date de l'appareillage : </p>

**Docteur Wafa CHAFIQ-FILALI**

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques

Diabète - Cholestérol - Obésité - Goitre

Perturbations Hormonales

Ménopause - Andrologie

Sur Rendez-Vous

16/03/2023

## الدكتورة وفاء شفيق فلالي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري والكوليستروл

علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية

الاضطرابات الهرمونية

بالموعد

الدار البيضاء، في

**BELLAMINE RAJAA**

13,400 >  
• Levothyrox 50µg  
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS



Dr. BENYAHIA Mohammed Hicham  
Pharmacie RABIS  
173, Bd. El Hirak lot Errabii  
BERRECHID - Tel: 0522 33 69 00

51 ، شارع رحال المسكنى - 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 / Whatsapp : 06 82 51 89 93  
E-mail : cab.endocrino.dr.wchafiqfilali@gmail.com

**Docteur Wafaa CHAFIQ-FILALI**

Spécialiste en Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques

Mme BELLAMINE Raja - Ghéniaté - Goitre  
06-08-1955  
2303140031



**الدكتور وفاء شفيق فلالي**

اختصاصية في أمراض الغدد  
وداء السكري والكوليستروл

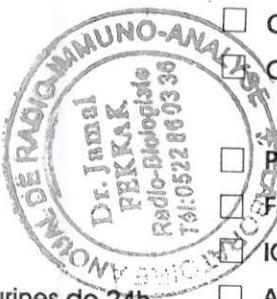
علاج السمنة وأمراض الغدة الدرقية  
الاضطرابات الهرمونية

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
- Crétatnine
- Microalbuminurie sur les urines de 24h
- ECBU
- TGO/TGP/GGT
- Sérologie Hépatite B et C
- NFS       VS       CRP
- Uricémie       Fer Sérique       Ferritine
- Calcémie       Vitamine D<sub>2</sub> / D<sub>3</sub>
- PSA
- Clairance de la Crétatnine



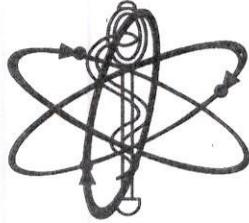
- TSH U-S
- T<sub>4</sub> L
- T<sub>3</sub> L
- Anticorps anti TPO
- Anticorps anti récepteurs TSH
- Cortisol libre Urinaire
- Cortisolémie -8h.....
- Cortisolémie -16h.....
- Prolactinémie à -10h.....
- FSH       LH
- IGF 1
- Anticorps anti gliadine  
antiendomysium
- Testosteronémie
- 17 OH Progestérone
- Dérivés Methoxyées

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

51 ، شارع رحال 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 :

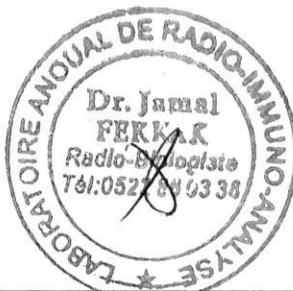
### Récapitulatif des analyses

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

Total des B : 400

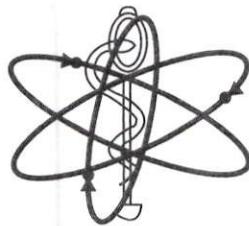
TOTAL DOSSIER : 545 DH

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



# مخبر 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

Édité le : 14-03-2023

DR : WAFAA CHAFIQ FILALI

Adresse : 51 BD RAHAL EL MESKINI CASABLANCA

Page 1 / 1



ACCREDITATION  
N° 8 3245  
Porté 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 µUI/ml (0.27–4.20)	12-12-2022 2.53
T4 L [AC] (ECLIA – COBAS 6000® Roche)	11.69 pg/ml 15.05 pmol/l (9.94–15.84) (12.79–20.39)	12-12-2022 9.87

