

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- 0024671

Cover Receipt

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENYAHIA ABDERRAHIM
Date de naissance : 1949
Adresse : 116 LOUJENENT FLORITA Sidi MAAROUF
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 ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Doukkala Le : 24/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

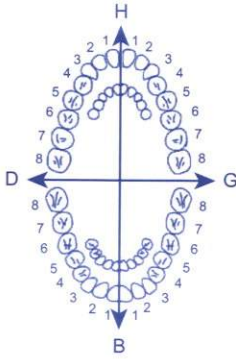
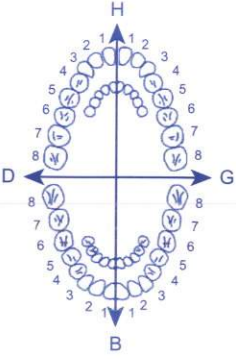
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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"/>											
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																
25533412 00000000			21433552 00000000													
D			G													
00000000 35533411			00000000 11433553													
B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
				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

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

MUTUELLE
DE PRÉVOYANCE DES
BANQUES POPULAIRES



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		250,00	0,85		212,50
11 00	K SPECIALISTE		500,00	0,85		425,00
12 00	R RADIOLOGIE R-Z		250,00	0,85		212,50
99 00	PRESTATIONS NON REMB		328,00			0,00
	nr xailin + thealose + navilipo					
	T O T A U X		1.328,00			850,00
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
		27/04/2023	0X1211398	21501 00 2023 2342578	23678200	850,00

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 :

1.328,00

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 :

Docteur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. My. Driss 1er.
Rés. Dar My. Driss Casablanca
Tél: 06 22 86 11 23 / 51 - Gsm: 06 19 26 60 31

Nom du malade :

Bellamine

Prénom du malade :

Rajaa

Nature de la maladie :

Affection oculaire

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

À : CEA

Le 19 / 04 / 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 Joumada 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

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

SOINS <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	PROTHÈSE <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;" type="text"/></p> <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins : _____</p> <p style="text-align: right;">Date : <input style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;" type="text"/></p>
<p>Le praticien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input style="width: 150px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;" type="text"/></p> <p>Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse : _____</p> <p style="text-align: right;">Date de l'appareillage : <input style="width: 100px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;" type="text"/></p>

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

14. Mars 2018

Mme BELLAHINE Rajaa

98,00

NAVILIPO COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

147,00

Thealose COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour dans les deux yeux pendant 6 mois

87,00

XAILIN NIGHT

1 application, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

328,00

Dr. BENYATIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIS
178 Bd. El Hira Lot Errabii
PERRICHID - Tél: 0522 38 69 00

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Moulay Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tél: 0522 66 41 23 / 51 - Gsm: 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس. 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 3^{ème} ét. Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3
الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 61 08 06 18 Urgences: GSM :

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma Site web:

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة متخصصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Le 14/03/2023

INPE 091033084

Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle BELLAMINE NAJIA

La somme de cent 500

500

Pour consultation + fond

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
120 Bd. Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét.
S. Dar Moulay Driss - Casablanca
3 41 23 / 51 - GSM : 06 61 08 06 18

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 - طابق 3 - شارع مولاي إدريس الأول - إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - دار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

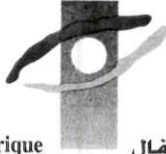
المحمول: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة متخصصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Le 14/03/2023

INPE 091033084

Bon de règlement

Reçu de Mr /Mme / Melle BE LAMINE RAJA

La somme de CMP cent 50
500

Pour LA CRY MAC

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 إداريس الأول - طابق 3 إقامه دار مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس
Cacablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 المحمول:

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

mardi 14 mars 2023

Mme BELLAMINE Rajaa

Compte rendu Lacrydiag

INTERFÉROMÉTRIE :

Œil droit : 15 nm Maillage ouvert

Œil gauche : 15 nm Maillage ouvert

GLANDES DE MEIBOMIUS :

Œil droit : 19 % de perte

Œil gauche : 11 % de perte

HAUTEUR DU MÉNISQUE LACRYMAL :

Œil droit : 0.14 mm

Œil gauche : 0.16 mm

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mly Driss 1er ét. Dar Mly Driss
Casablanca
Tél: 0522 86 41 23/51 GSM: 0619 23 36 31

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 - شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 إقامة دار مولاي إدريس, 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3
Cacablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 المحمول:

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

NOM, PRÉNOM BELLAMINE, RAJAA		CODE DE SÉCURITÉ 65454
SEXE F	DATE DE NAISSANCE 1955/08/06 (67)	
DESCRIPTION Rapport par date	DATE 2023/03/14	ADRESSE

Oeil Droit (O.D.)		Oeil Gauche (O.S.)
-15 nm Maillage ouvert -A	Type couche lipi.	-15 nm Maillage ouvert -A
19%	Glandes de Meibomius inférieures - Zone de perte (%)	11%
0,14mm	Hauteur du ménisque lacrymal (mm)	0,16mm