

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-543075

Complément

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

002774

Société :

166345

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RELYAHIA ABDERRAFI

Date de naissance :

18/01/1949

Adresse :

186 LOT 556 M.A.R.A

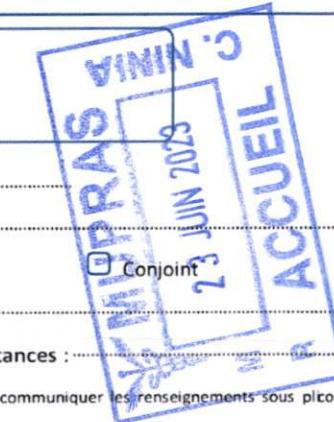
Tél. :

06651200356 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 :

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.

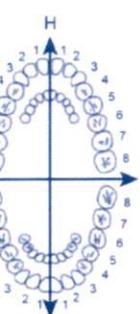
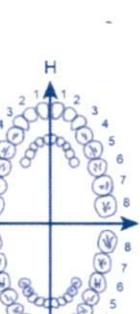
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 21/10/2013

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 |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées (empty table rows) | Nature des Soins (empty table rows) | Coefficient (empty table rows) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | OD.F PROTHESES DENTAIRES  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| | | | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION (empty table rows) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | NATURE | FRAIS EXPOSÉS | | TAUX OU VALEUR | REBOURSEMENTS | |
|---------------|---------------------|---------------|----------|----------------|---------------|-----------|
| | | DEVISE | D H | | AUTRE CIE | AXA MAROC |
| 1 02 | CONSULTØ SPECIALIST | | 300,00 | 0,85 | | 255,00 |
| 12 00 | R RADILOGIE R-Z | | 1.500,00 | 0,85 | | 1.275,00 |
| 16 00 | MEDICAMENTS | | 964,00 | 0,85 | | 819,40 |
| | | | | | | |
| | T O T A U X | | 2.764,00 | | | 2.349,40 |

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 |
|-----------|--------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
| 4/05/2023 | 0X1211398 | 21501 00 2023 2342226 | 23703684 | 2.349,40 |

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



DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

| | | |
|---------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Nom de l'assuré(e) : <u>BELLAMINE</u> | | |
| Prénom : <u>RAJAA</u> | | |
| N° DE SINISTRE : | NOMBRE DE PIÈCES : | TOTAL DÉPENSES : |
| POLICE (1) : <u>1 2 1 1 3 98</u> | | MATRICULE CPM : <u>21501</u> |
| ORDRE FAMILIAL : <u>00</u> | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| À REMPLIR PAR LE MÉDECIN | Nom et adresse ou cachet du médecin : <i>Pr. Abdelaziz BAKHATI Pneumo-Phlébologue Allergologue 16, Bd. Abdellâmen Agâa Bd. Anoual Anoual Capital Center 1er Etage N°5 Casablanca - Tel: (212) 522 99 66 24</i> | MALADE (2) |
| | Nom du malade : <u>Bellamine</u> | Lui même <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Prénom du malade : <u>Rajaa</u> | Conjoint <input type="checkbox"/> |
| | Nature de la maladie : <u>Gros rhinitis</u> | Enfant <input type="checkbox"/> |

À Casablanca, Le 12/04/2023 Signature

MBP 31-20

(1) Porter le code Banque.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

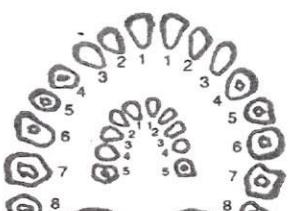
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle.

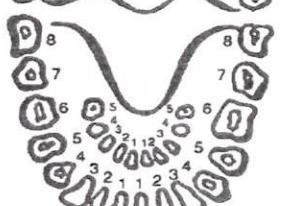
| Praticien | Date des actes médicaux | Nature des actes & Coefficients | Signature du médecin attestant du paiement des actes | Montant détaillé des honoraires | Réservé à la Mutuelle |
|------------------------------------|-------------------------|---|--|---------------------------------|-----------------------|
| MÉDECIN TRAINTANT | 28/02/23 | C3 | Dr. Abdelaziz BAKHATI Pneumo-Phisiologe Allergologue 16 Bd. Abdelmoumen Cem 1, 1er Etage N°5 Casablanca - Tel: 022 99 66 24 | 300,00 | |
| ANALYSES OU RADIOGRAPHIES | 10/03/23 | C3 | Dr. Abdelaziz BAKHATI Pneumo-Phisiologe Allergologue 16 Bd. Abdelmoumen Cem 1, 1er Etage N°5 Casablanca - Tel: 022 99 66 24 | | |
| ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX | 06/03/23 | P.6 | Dr. Abdelaziz BAKHATI Pneumo-Phisiologe Allergologue 16 Bd. Abdelmoumen Cem 1, 1er Etage N°5 Casablanca - Tel: 022 99 66 24 | 1500,00 | |
| 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) | 10/03/23 | Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RABIS 173, Bd. El Hiraa Lot Errabib BERRECHID - Tel: 0522 38 89 00 | Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RABIS 173, Bd. El Hiraa Lot Errabib BERRECHID - Tel: 0522 38 89 00 | 774,00 | |
| | 10/03/23 | Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RABIS 173, Bd. El Hiraa Lot Errabib BERRECHID - Tel: 0522 38 89 00 | Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RABIS 173, Bd. El Hiraa Lot Errabib BERRECHID - Tel: 0522 38 89 00 | 190,00 | |

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(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 :  | |

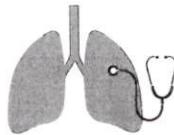
D 

G 

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.

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز بخطار

أستاذ التعليم العالي سابق
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

28.02.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

Mme BELLAMINE RAJAA

387,00
-FOSTER 100/6 Poudre

Prendre 2 bouffées le matin et le soir, pendant 2 mois. se rincer la bouche
après usage avec de l'eau

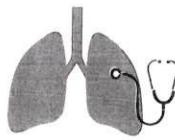
224,00
Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumophtisiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: +212 522 99 66 24

Dr. BENYAHIA Mohamed Nizar
~~Dr. BENYAHIA Mohamed Nizar~~
Pharmacie RAB13
173, Bd. El Hiraa Lot Errabil
BERRECHID - Tél: 0522 99 69 00

416, Bd Abdelmoumen (Angel Bd Anoual), Résidence Anoual Capital centre - 1 er étage - N° 5 - Casablanca - Maroc
Tél.: +212 522 99 66 24 - GSM : +212 661 08 99 15 - E-mail : bakhataraziz@gmail.com

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

10.03.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mme BELLAMINE RAJAA

19009
-AEROMAX



Faire 1 pulvérisation dans le nez le matin, pendant 1 mois. à renouveler si besoin

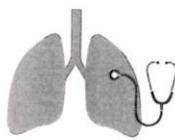
~~Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RAB13
173, Bd Errhima Lot Errabil
BERRECHID - Tel.: 0522 99 99 60~~

~~Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Physiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Centre 1er Etage N°5
Casablanca - Tel: (212) 522 99 66 24~~

416, Bd Abdelmoumen (Angel Bd Anoual), Résidence Anoual Capital centre - 1 er étage - N° 5 - Casablanca - Maroc
Tél.: +212 522 99 66 24 - GSM : +212 661 08 99 15 - E-mail : bakhataraziz@gmail.com

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le

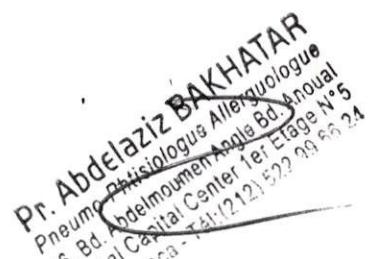
28/02/2023

الدار البيضاء، في

ج^نو^ن BELLAMINE RAJAA

Polygraphie de
Contrôle

0661236790



416, Bd Abdelmoumen (Angel Bd Anoual), Résidence Anoual Capital centre - 1 er étage - Casablanca - Maroc
Tél.: +212 522 99 66 24 - GSM : +212 661 08 99 15 - E-mail : bakhataraziz@gmail.com



CPAP MAROC S.A.R.L Tél : 0520 616 616

12 Rue Gascogne, : 0684 016 016

Quartier des hôpitaux

20000 Casablanca - Maroc info@cpap-maroc.com

FACTURE

N°
2023-1298

06/03/2023

Mme Rajaa BELLAMINE

Casablanca

| Désignation | Qté commandée | Prix unitaire | Total T.T.C |
|--|---------------|---------------|-------------|
| Mise à disposition et installation d'une polygraphie | 1 | 1 500,00 | 1 500,00 |

CPAP MAROC
12, Rue Gascogne Quartier
des Hôpitaux Casablanca
Tél : 0684 016 016

| | |
|-------------|----------|
| Total H.T | 1 250,00 |
| T.V.A(20%) | 250,00 |
| Total T.T.C | 1 500,00 |

Page 1 sur 1

Compte rendu Polygraphie du sommeil

L'enregistrement polygraphique du sommeil effectué le 06/03/2023 de Mme Rajaa BELLAMINE retrouve un Temps d'Enregistrement Total (TET) de 10 Heures .

L'index apnées hypopnées est de IAH : 13.3/Heure. Index d'apnée : 1.1/Heure avec un total de 11 apnées - Index d'hypopnées : 12.2/Heure avec un total de 121 hypopnées.

La saturation en O2 moyenne est de 94%, et la plus basse est de 51%.

Conclusion :

Syndrome apnées-hypopnées Léger. **IAH 13.3/Heure**

Pr. Abdelaziz BAKHAR
Pneumoniste/Allergologue
16, Bd Abdelloumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tel:(212) 522 99 68 24

Fait à Casablanca le, 07/03/2023

CPAP MAROC
12 Rue Gascogne, Quartier
des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0520 616 616