

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractériel 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](http://www.mupras.com)



## Complément Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008829

Optique *60808*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *00774* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BEN YAHIA ABDERRAHIMA*

Date de naissance : *1949*

Adresse : *186 Lotissement FLORIDA - Sidi Maâoulid  
CASABLANCA*

Tél. : *05 22 20 45 45* Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 : *Centre Allal Ben Abdellah* Le : *19/02/2021*

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 EXPOSÉS		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
15 00	ANALYSES B		60,00	0,85		51,00
16 00	MEDICAMENTS		348,70	0,85		296,39
	T O T A U X		408,70			347,39

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
	29/01/2021	0X1211398	21501 00 2020 3007993	20999756	347,39

## INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES ADHERENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

### 1 . LES PRESTATIONS :

Sont accordées sur présentation d'une feuille de maladie ( pas de photocopies ), dûment remplie ( nom , prénom, matricole et le lien de parenté : adhérent , conjoint ou enfant ) accompagnée de toutes pièces justificatives.

### 2 . PHARMACIE :

Les prestations sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le nom, prénom du malade inscrits de la main du médecin et accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.M. ( Prix Public Marocain ).

### 3 . EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION :

L'adhérent est tenu de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son conjoint accompagné d'une photocopie de l'acte ( de mariage , divorce ), soit un extrait de l'enfant ( naissance , décès ).

### 4 . PIECES JOINTES :

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 après 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 ET PROTHESES DENTAIRES :

Pour les soins et la prothèse dentaire , 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, orthodontie .

### 7 . HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

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 et 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 du comité 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 ayants droits .



MUTUELLE DE PRÉVOYANCE  
DES BANQUES POPULAIRES  
GROUPE BANQUE POPULAIRE

## DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré :

BELLAMINE

Prénom :

RAJAA

N° SINISTRE : \_\_\_\_\_ NBR. DE PIÈCES : \_\_\_\_\_ TOTAL DÉPENSES : **408,70**

POLICE (1) : **1211398** MATRICULE CPM : **21501** ORDRE FAMILIAL : **00**

Dr. CHERIF BEN MOUSSA ,

RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux

Tél.: 0522 22 23 04

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Nom et adresse ou  
cachet du médecin :

Nom du malade :

**Rajaa**

Prénom du malade :

**Rajaa**

Nature de la maladie :

**Scl. des**

MALADE (2)

Lui même

Conjoint

Enfant

MBP 31 - 13

A Casablanca, le 29/01/2020

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'intention du médecin - conseil de la Mutuelle.

Praticien	Date des actes médicaux <i>19/11/2020</i>	Nature des actes & Coefficients <i>MEDECIN TRAINTANT</i>	Signature du médecin attestant le paiement des actes <i>BEN MOUSSA</i> <i>RHUMATOLOGUE</i> <i>des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux</i> <i>Tel: 0522 22 23 04</i>	Montant détaillé des honoraires <i>100000</i>	Réserve à la Mutuelle
ANALYSES RADIO-GRAPHIES	<i>03.12.20 B20</i>	<i>+</i>	<i>Godu</i>		
ACTES MÉDICAUX OU PARA-MÉDICAUX					
Exécution des commandes	Date de l'ordonnance <i>04/12/2020</i>	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste <i>Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham</i> <i>Pharmacie RABIS</i> <i>173, Bd. El Hira Lot Errabbi</i> <i>BERRECHID - Tel: 0522 33 69 00</i>	Montant de la facture <i>348,72</i>	Réserve à la Mutuelle <i>348,72</i>	
MÉDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIQUE)					
Réserve à la Mutuelle ( commentaire )					

**SOINS - PROTHESEs DENTAIRES - implants - orthodontie**

Le Praticien précisera la dent traitée, 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 l'exécution et le paiement des soins :
		Date :
		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : 
		Signature du praticien attestant l'exécution et le 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, 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



حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمقاييس

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le 4 Decembre 2020

05.22.22.23.04

الدار البيضاء، في :

N° RAJAA Bellarue

56,10 km

1 - ~~Jegellax 200~~  
~~1cp x 2' x 10,~~



144,50 x 1  
46,00 x 2

2 - ~~ESAC 20~~



Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RABIS  
173, Bd. El Hira Lot Errabbi  
BERRECHID Tel.: 0522 33 69 00

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RABIS  
173, Bd. El Hira Lot Errabbi  
BERRECHID Tel.: 0522 33 69 00

CHERIF BEN MOUSSA

RHUMATOLOGUE

05 22 22 23 04، زنة المستشفيات ( أمام مستشفى ابن رشيد ) الهاتف . الفاكس : 05 22 22 23 04

44, Rue des Hopitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél.Fax : 05 22 22 23 04

E-mail : hasnaah5@gmail.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 والمفاصيل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 19 Novembre 2020 الدار البيضاء، في :

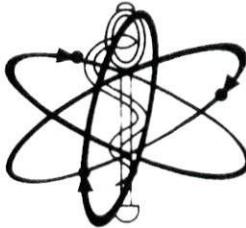
Belloua RAYAH

VS

Dr. CHERIF BEN MOUSSA,  
RHUMATOLOGUE  
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux  
Tél.: 0522 22 23 04

# 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° : 2012030110

Date de l'examen : 03-12-2020

Prélevé le : 03-12-2020 09:43 en interne

Édité le : 03-12-2020

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].

## HEMATOCYTOLOGIE

### Vitesse de sédimentation

09-11-2020

VS 1ère heure (VES-MATIC EASY)	74 mm	46
Valeur normale inférieure à	38	38

Conformité  
Félicitons

# 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° 2012030110

Mme Rajaa BELLAMINE

Demande N° 2012030110

Date de l'examen : 03-12-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

cofrac		Toutes certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].		
	Portée disponible sur www.cofrac.fr	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte		E25	E
EXAMENS MEDICAUX	Vitesse de sédimentation		B30	B

Total des B : 30

TOTAL DOSSIER : 60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :soixante dirhams DH