

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-675653

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774

Société : 111702

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BEN YAITIA ABDEERRAFIA

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LOT. SEMENT FLORIDA

91 D. MAAROUF. CASABLANCA

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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

13 / 04 / 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

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

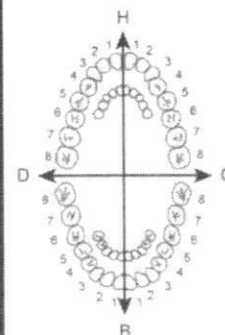
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

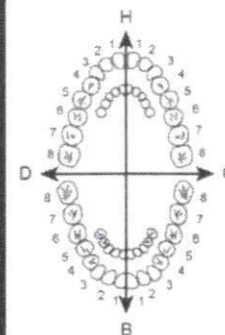
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25633412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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		300,00	0,85		255,00
12 08	ECHODOPLER		1.000,00	0,85		850,00
16 00	MEDICAMENTS		497,60	0,85		422,96
99 00	PRESTATIONS NON REMB		59,50			0,00
nr enrrouex						
	T O T A U X		1.857,10			1.527,96
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
		17/03/2022	0X1211398	21501 00 2022 2226058	22517762	1.527,96

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, matricule 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 PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES

GRUPE BANQUE POPULAIRE

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré :

BELLAMINE

Prénom :

RAJAA

N° SINISTRE :

NBR

DE PIÈCES :

TOTAL

DÉPENSES :

1.857,10

POLICE (1) :

1 2 1 1 3 98

MATRICULE CPM :

21501

ORDRE FAMILIAL :

00

Nom et adresse ou
cachet du médecin :

Nom du malade :

BELLAMINE

Prénom du malade :

RAJAA

Nature de la maladie :

HTA

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

MBP 31 - 13

A Casablanca

Le 03 / 03 / 2022

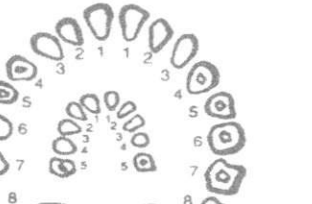
Signature

(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.

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

SOINS <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	PROTHESE <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <p>Date : </p>
<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <p>Date de l'appareillage : </p>

Belamir e, Rajaa

ID:

D-naiss: 6/8/1955

67 ans.

Sao 2987

TA 1215

2-Fév-2022 09:45:01

Fréq. Card.: 79 BPM

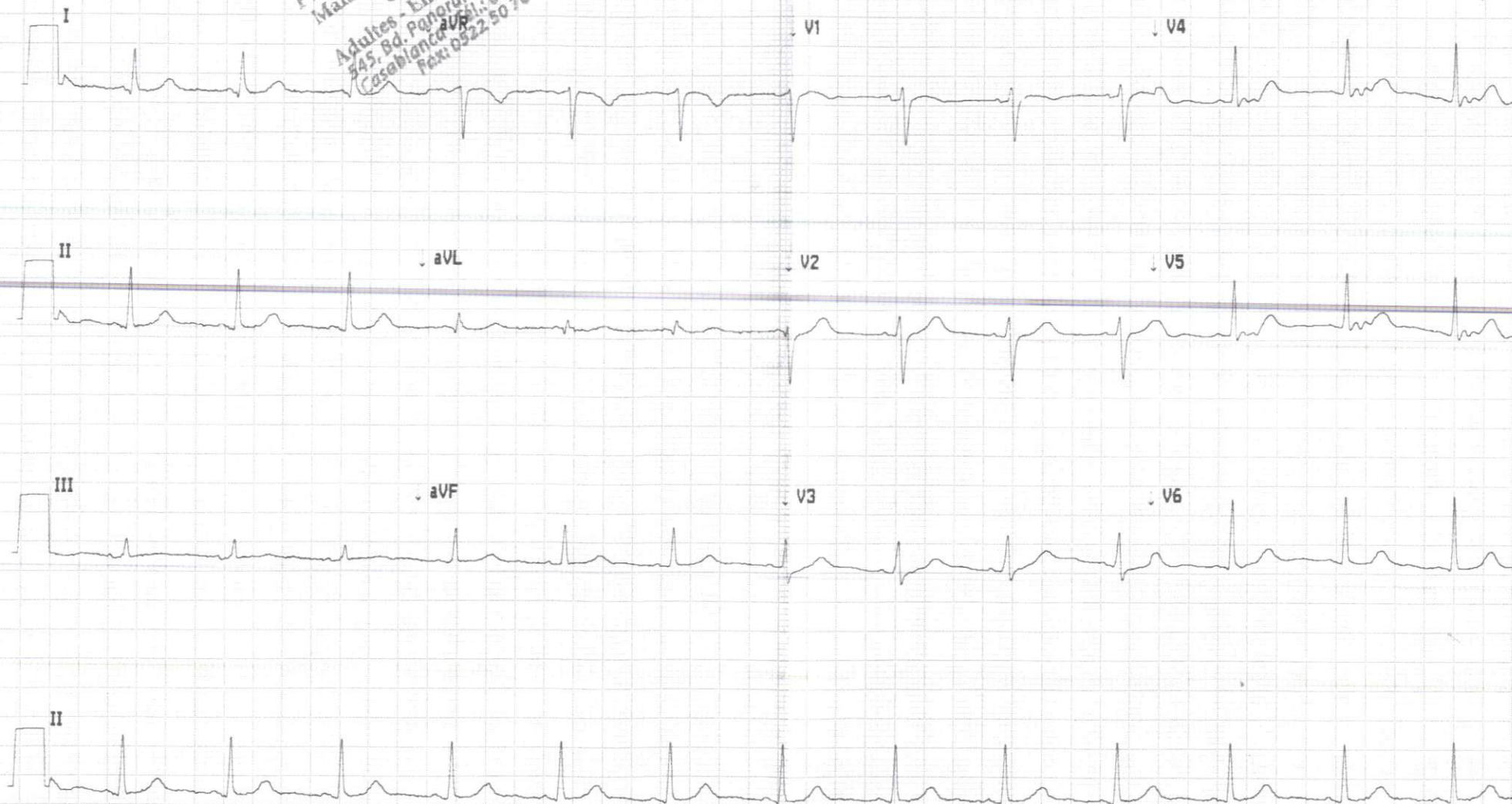
Int. PR: 105 ms

Dur. QRS: 85 ms

QT/QTc: 374/409 ms

Axes P-R-T: 23 51 44

Clinique Cardiologique
Professeur BELHAÏOUB
Maladies Cardio - Vasculaires
et Thoraciques
Adultes - Enfants Nourissons
345, Bd. Ponomiroune Californie
Casablanca
Tél: 0522 50 80 80
Fax: 0522 50 76 89





Clinique "Californie"

Casablanca, le 21.10.21 20.22

Le Docteur BELHAJ

prie M BELAMINE RAJAA

d'accepter l'expression de ses sentiments
distingués et lui présente suivant l'usage,
sa note d'honoraires pour

consultation
Echographie Doppler Cardiaque

S'élevant à la somme de 13000 Dhs

Clinique CALIFORNIE
545 Bd Mohammed V Casablanca
Tel: 55 55 55
Fax: 55 55 55



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

2 Février 2022

M. Raja BELAMINE

2 x 139,10

• Tanzan 100mg 1/2 cp/h le soir

• Candemiel 5mg 1cp/h le matin

• Enrouex 2 cax 32 15 jours

• Zimaskin 15mg 1cp/h 15 jours

• Vitamine C 1000mg 1cp x 2 15 jours

• Zepam 6mg 1cp/h le soir

• Traitement

Renouvelable

3 mois

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIS
173, Bd. El Maa L'Errabii
LERRECHID - Tél: 0522 33 69 00

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIS
N° d'ordre: 1488
Nb de boîtes: 1488

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie RABIS
N° d'ordre: 1488
Nb de boîtes: 1488

545 , شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com



Nom : BELLAMINE

Casa, le 2 février 2022

Prénom : RAJAA

Age : 67ans.

Motif : Dyspnée d'effort

Compte rendu d'écho doppler cardiaque Trans-thoracique

- Cavités cardiaques sont de taille normale. Oreillette gauche est à 31mm de diamètre et à 15cm² de surface, ventricule gauche est à 41/20mm de diamètre, ventricule droit est à 19mm de diamètre, oreillette droite est à 10cm² de surface. Veine cave inférieure est non dilatée et compliant.
- Aorte tubulaire est de taille normale à 25mm de diamètre.
- Pas d'hypertrophie des parois du ventricule gauche.
- Bonne fonction systolique segmentaire et globale du ventricule gauche. La fraction d'éjection est estimée à 65% évaluée par la méthode biplan. Strain longitudinal est à - 19.7%.
- Valves cardiaques sont fines.
- Pas de prolapsus valvulaire ni de bicuspidie aortique.
- Fuite mitrale minime physiologique.
- Péricarde est sec.
- Pas de thrombus intracardiaque visible.
- Pas de shunt visible ni de coarctation de l'aorte.
- Pressions de remplissage sont normales.
- Pas de dysfonction du ventricule droit.
- Pas d'hypertension artérielle pulmonaire.

AU TOTAL :

Pas de dilatation des cavités cardiaques ni de dysfonction ventriculaire ni de valvulopathie.

DR A. EL AMRANI

Dr. Amrane ELAMRANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Boulevard Panoramique - Casablanca

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca - الدار البيضاء - كاليفورنيا - شارع المنظر العام

الضمان الإجتماعي : 6878071 - C.N.S.S. : التعريف الجبائي : 1051533 - IF : 34270002 : Patente : السجل التجاري : 377465 RC :

ICE 001741188000041 - الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80 Tél :

الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - Site web : العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com E-mail :

