

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |  |  |                               |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Matricule :                    | 774  | Société :  | 153467                        |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                       |                               |
| Nom & Prénom :                 |  | BENYAHIA ABDERRAFIK                                    |                               |
| Date de naissance :            |  | 1949   |                               |
| Adresse :                      |  | 176 LOTISSEMENT FLAMAND<br>SIDI ALLAOUI - EL HASSAN II |                               |
| 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 :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  |   |                                   |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD  | <input type="checkbox"/> ALC      | Pathologie : 2023               |
| 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 : Casablanca

Le : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## Déclaration de Maladie

M22- 0056317



Optique

Autres

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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 : R A A A

N° DE SINISTRE : \_\_\_\_\_ NOMBRE DE PIÈCES : \_\_\_\_\_ TOTAL DÉPENSES : 398,60

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

Nom et adresse ou cachet du médecin :  
*Dr Mme Bellamine Chirurgien Dentiste El Alouss Casablanca*  
A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

MALADE (2)

|                                   |
|-----------------------------------|
| Lui même <input type="checkbox"/> |
| Conjoint <input type="checkbox"/> |
| Enfant <input type="checkbox"/>   |

Nom du malade : Ayoub Bellamine  
Prénom du malade : Rachid  
Nature de la maladie : Inflam

A Casablanca, Le 24.01.2023 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 TRAITANT                   | 09/04/23                | C  | Dr. Aloussi Bougoune<br>24 Rue El Aoussi Bougoune<br>Tel. 02 27211712061000<br>07. Mohamed Chirurgien Urologue<br>Chirurgien Urologue<br>24 Rue El Aoussi Bougoune Casab<br>Tel. 02 2741171206183 | 9                               |                       |
| ANALYSES OU RADIOGRAPHIES          | 09/04/23                | B120   | ABDERRAOUF<br>JAMOULI<br>Dr. Abdellah Nafti<br>0522 99 92 75 / 0522 99 92 30<br>Casab   | 185 dh                          |                       |
| ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX     |                         |  |   |                                 |                       |
| 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) | 12/04/23                | Dr. BENYAHIA<br>Mohamed Hicham<br>Pharmacie RABIS<br>173, Bd El Hiraa Lot Errabit<br>BERRECHID - Tel.: 0522 33 69 60 |   | 213,6                           |                       |

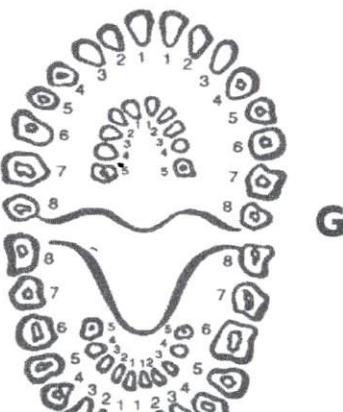
Réserve à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHÈSES DENTAIRES - IMPLANTS - ORTHODONTIE

Le praticien précisera la dent traitée ainsi que l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

**DEVIS**  **REÇU**  (3)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

|  |  |
|--|--|
| <b>SOINS</b> <input type="checkbox"/> <b>PROTHÈSE</b> <input type="checkbox"/>   | Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :<br> |
|    |  |
| Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement des soins :<br>      |  |
| Date :    |  |
| Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :<br>               |  |
| Signature du praticien attestant de l'exécution et du paiement de la prothèse :<br> |  |
| Date de l'appareillage :    |  |



## QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA  
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

| CODE RUBRIQUE   | NATURE      | FRAIS EXPOSÉS |        | TAUX OU VALEUR | REMBOURSEMENTS |           |
|---|-------------|---------------|--------|----------------|----------------|-----------|
|   |             | DEVISE        | D H    |                | AUTRE CIE      | AXA MAROC |
| 15 00   | ANALYSES B  |               | 185,00 | 0,85           |                | 157,25    |
| 16 00   | MEDICAMENTS |               | 213,60 | 0,85           |                | 181,56    |
|  |             |               |        |                |                |           |
|   | T O T A U X |               | 398,60 |                |                | 338,81    |

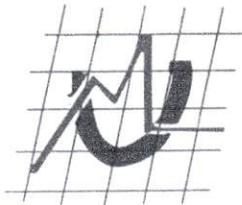
P.S : Il est rappelé que toute ordonnance doit être accompagnée des PPM (Prix Public Marocain) et des prospectus pour chaque médicament.  
Nous vous en remercions.

|  | DATE      | CODE SOCIETE | N° DU DOSSIER            | NUMERO DU SINISTRE AXA | MONTANT DU REGLEMENT |
|--|-----------|--------------|--------------------------|------------------------|----------------------|
|  | 9/02/2023 | 0X1211398    | 21501 00<br>2023 2310510 | 23466861               | 338,81               |

*Docteur M'hamed LEMSEFFER*

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Urinaires  
Greffes Rénales  
Lithotripsie Extra Corporelle  
Stérilité Masculine  
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier  
Ancien Chef de Clinique Urologique  
à la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de l'Association Française d'Urologie



**الدكتور محمد المسفر**

جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفحص الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

الدار البيضاء في : Casablanca, le ..... / ..... / .....

M. Bellamine RAJAA

Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
173, Bd El Hiraa Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

108.00

VECA 5mg



..... (.....)

63.60

Colposcopy S.V. .... la ligne de tir

(.....)

21.00 x 2

Urapax S.V.

..... (.....)

BENYAHIA Mohamed Hicham  
Pharmacie RAB13  
3, Bd. El Hiraa Lot Errabii  
BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بوركون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 96 63 - الفاكس : 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

Dr. M'hamed LEMSEFFER  
Chirurgien Urologue  
24 Rue El Alloussi Bourgogne - CASABLANCA  
Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

*Docteur M'hamed LEMSEFFER*

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Endoscopie et Chirurgie des Reins

et des Voies Urinaires

Greffes Rénale

Lithotripsie Extra Corporelle

Stérilité Masculine

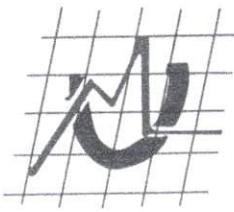
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Chef de Clinique Urologique

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de l'Association Française d'Urologie



**الدكتور محمد المسفر**

جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

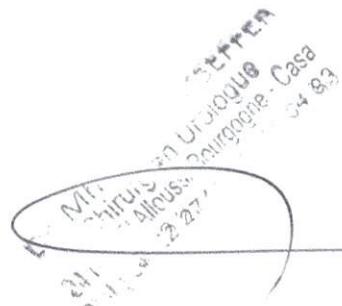
عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le .....

09 / 04 / 23 الدار البيضاء في :

- M. Behlemens - Rajae

- E - C - B - Y



*En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81*

24. زقة العلوسي - بوركون (أمام مصحة بدرا) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 96 63 - الفاكس : 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83  
24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83  
Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

# مختبر التحاليل الطبية بنعمر - جسوس

## Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham  
Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida  
Pharmacien Biologiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37  
Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

Edition du : 10/01/2023  
Matricule :

  
30109NC1852

Code Patient: 1DA9411 du : 09/01/2023  
Mme BELLAMINE RAJAA  
Médecin: Dr. LEMSEFFER M'HAMED

### BACTERIOLOGIE

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES ( ECBU )

##### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect..... : Légerement trouble  
Couleur..... : Jaune citrin  
Culot..... : Présence

##### EXAMEN CHIMIQUE

PH..... : 6.  
Corps cétoniques..... : Négatif  
Sucre..... : Négatif  
Albumine..... : Négatif  
Nitrite..... : Négatif  
Sang..... : Négatif  
Leucocytes..... : Traces

##### EXAMEN DIRECT ( CYTOLOGIE )

Cellules Epithéliales..... : Assez nombreuses  
Leucocytes..... : 8 /mm<sup>3</sup> (0 - 5)  
Hématies..... : 4 /mm<sup>3</sup> (0 - 5)  
Cylindres..... : Absence  
Cristaux..... : Absence  
Trichomonas..... : Absence  
Levures..... : Absence  
Coloration de Gram..... : Assez Nombreux Lactobacilles

( Souillure vaginale probable )

CULTURE..... : NEGATIVE .

Dr. BENAMOUR .

Dr. GUESSOUS Saida  
Pharmacien biologiste  
44, Abou Abdellah Nafii Maârif  
Casablanca - Tél: 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30  
Fax: 05 22 98 92 37

# مختبر التحاليلات الطبية بنعمر - جسوس

## Laboratoire d'Analyses Médicales Benamour - Guessous



Dr. BENAMOUR LAZRAK Ilham  
Médecin Biogiste

Lauréate de la Faculté de Médecine Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Cyto-Hématologie - Bactério-Virologie - Myco-Parasitologie - Immunologie - Biochimie

Dr. GUESSOUS CHAMI Saida  
Pharmacien Biogiste

Lauréate de la Faculté de Pharmacie Paris V  
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

44, Rue Abou Abdellah Nafii Maârif - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 92 15 / 05 22 99 15 30 / 06 62 15 09 33 - Fax : 05 22 98 92 37

Patente 35712064 - I.F. 40703610 - C.N.S.S. 2356906 - ICE : 001615095000046 - E-mail : labolbg@gmail.com

**Facture n° 122764**

CASABLANCA LE 13/01/2023

Analyses effectuées le: 09/01/2023

Pour.....: **Mme BELLAMINE RAJAA**

Sur prescription du: Dr LEMSEFFER M'HAMED

Code.....: IDA9411



Organisme.....:

### Analyses Effectuées:

ECBU=B120

Cotation : (B 120 )

Montant Net : 185.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CENT QUATRE VINGT CINQ Dhs 00 Cts**

