

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

Biologie 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 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



ND: 39408
Déclaration de Maladie

Nº P19- 059133

complément

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00772 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LIG FLARSA - Sidi MAAROUI

Tél. : 0665200556 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 :

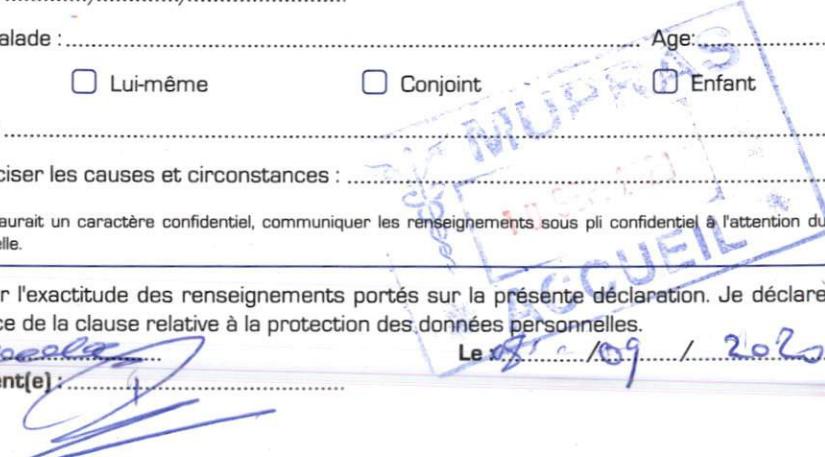
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Praticien Rés. Tél. 05 22 71 45 15	Date des actes médicaux Spécialiste en Optométrie Adulte et Pédiatrique L'opticien LAILA RABIS	Nature des actes & Coefficients L'opticien LAILA RABIS GSM 06 19 28 36 71	Signature du médicin attestant le paiement des actes Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique L'opticien LAILA RABIS GSM 06 19 28 36 71	Montant détaillé des honoraires LAILA RABIS Drss 1er 04 19 28 36 71	Réserve à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	ANALYSES RADIO-GRAPHIES				
ACTES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien , de l'opticien ou de l'orthopédiste		Montant de la facture	Réserve à la Mutuelle
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)					

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

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

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 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 : 3.000,00

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

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN	Profession : Spécialité : Activité : Rés. Dr. H. Ouled Ali Cabinet : Tel. : Fax : Email : Signature : Nature de la maladie : <u>Anfection cutanée</u>	MALADE (2) <input checked="" type="checkbox"/> Lui même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nom et adresse ou cachet du médecin :	
	Nom du malade : <u>BELLAMINE RAJAA</u>	
	Prénom du malade : _____	

A CASA Le 05/08/2020 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.



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES

월간미술 월간미술 월간미술 월간미술 월간미술

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
12 06	IRM		3.000,00	0,85		2.550,00
	T O T A U X		3.000,00			2.550,00



Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :2185/2020
Casablanca, le 06/07/2020

Nom patient : **BELLAMINE RAJAA**

Examen(s) réalisé(s) :

IRM CRANIO-ORBITAIRE

Montant : **trois mille (3000 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DH

REGLEMENT : CHEQUE N° 8992628



Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Mme BELLAMINE RAJAA

Casablanca le 06-07- 2020

MEDECIN TRAITANT: Pr RAIS L.

IRM CEREBRALE

INDICATION : bilan de BAV non expliquée.

TECHNIQUE :

- Séquence sagittale T1
- Séquences axiales FLAIR, diffusion, EG et T2
- Séquence coronale T2
- Séquences T1 Fas Sat axial et T2 fat Sat sur les orbites dans les plans axial et coronal
- Injection de gadolinium en EG 3D
- Séquence angiographique veineuse.

RESULTATS :

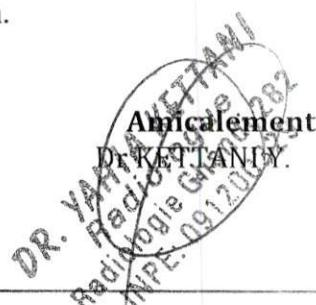
- Absence d'anomalie orbitaire intra ou extra conique.
- Absence d'anomalie de signal ou de pise de contraste anormale des nerfs optiques.
- Petite dilatation des gaines des nerfs optiques.
- Atrophie cortico sous corticale diffuse prédominant en bi fronto pariétal et temporal.
- Absence d'anomalie de signal ou de prise de conteste anormale.
- Lésion de forme ovalaire de siège temporal droit. Elle mesure 9 x 7 mm. Elle est en hyposignal T1, franc hypersignal T2, sans rehaussement après injection de gadolinium, ou œdème péri lésionnel ou effet de masse.
- Absence de stigmate de saignement.
- Ligne médiane en place, sans effet de masse.
- Corps calleux de signal et de volume normaux.
- Système ventriculaire de morphologie normale.
- Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.
- Citernes de la base libres.
- Absence de thrombose veineuse.

AU TOTAL :

- Atrophie cortico sous corticale prédominant en bi fronto temporo pariétal.
- Aspect de l kyste neuro épithéial de siège temporal droit de 9 x 7 mm.
- Absence d'anomalie orbitaire.

EF

Amicalement
Dr KETTANI



Professeur Laila RAIS



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

الأستاذة ليلى الرئيس

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

Casablanca , vendredi 03 juillet 2020

A Madame le Pr , Essoudaighi

Chère conceeur et amie ,

Merci de m'avoir confié Mme BELLAMINE Rajaa



*dont l'examen ophtalmologique retrouve: une baisse d'acuité visuelle
non expliquée*

Acuité visuelle :

OD : 7/10 P2

OG : 5/10 P2

Cornée et cristallin Clairs

Tonus oculaire : 18 mmHg aux deux yeux.

Fond de l'oeil : Normal avec un OCT limite

Radiologie Chang
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 63 45
05 22 77 63 45

AMICALEMENT

Professeur Laila R
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
Rés Dar My Driss 120, Bd Moulay Driss 1^{er}
CASABLANCA
Tél 05 22 86 41 23 / 51 GSM 06 10 28 35 31

Consultation sur rendez -vous :

إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3^{ème} ét.
Casablanca

الموبايل: 05 22 86 41 23 / 51 المحمول: 06 10 28 35 31
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr Site web: www.prlailaraais.ma

الفحص بالموعد :

الموبايل: 05 22 86 41 23 / 51