

# 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.

## 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.

## Optique :

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

## Educution :

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 canaux, 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 canaux.

## 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



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

N°: 39408

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059133

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007724 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENYAHIA ABERRACHEH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LES ELABRA - Sidi MAAROUF

Tél : 065200356 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.

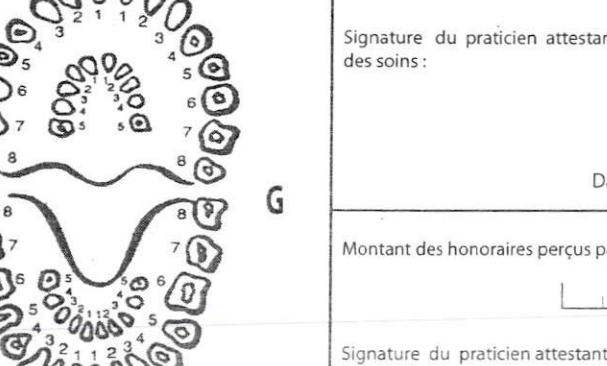
Fait à : Casablanca

Le : 09 / 09 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : 



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 :  <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :  <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> </p> <p>Date : <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div></p>
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :  <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> </p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :  <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div> </p> <p>Date de l'appareillage : <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div></p>	

- 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 PREVOYANCE  
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

Nom et adresse ou  
cachet du médecin :

Professeur  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrie  
Rés. Dr. El Y. Dr. El Y. Dr. El Y.

Nom du malade :

BELLAMINE RAJAA

Prénom du malade :

Nature de la maladie :

Amélioration oculaire

MALADE (2)

Lui même ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

MBP 31 - 13

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

GRUPPO BANQUE POPOLARE

## QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP

98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

9098

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
12 06	I R M		3.000,00	0,85		2.550,00
	T O T A U X		3.000,00			2.550,00
<b>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.</b>		DATE	CODE SOCIETE	N° DU DOSSIER	NUMERO DU SINISTRE AXA	MONTANT DU REGLEMENT
		14/08/2020	0X1211398	21501 00 2020 2058990	20663228	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

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

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 prise 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 contraste 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 stigmatisme 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 kyste neuro épithélial de siège temporal droit de 9 x 7 mm.
- Absence d'anomalie orbitaire.

**EF**

**Annulairement**  
**Dr. KETTANI**  
DR. YAHIA KETTANI  
Radiologie Ghândi 282  
NPE: 0912000064

**Professeur Laila RAIS**



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

**الأستاذة ليلى الرايس**

دكتورة متخصصة في طب العيون وعيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca , vendredi 03 juillet 2020

A Madame le Pr , Essoudaighi

Chère consœur 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 Ghannouchi  
282, Bd. Ghannouchi - Casablanca  
Tél: 05 22 77 46 46

AMICALEMENT

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés Dar My Driss 120, Bd My Driss 1er  
CASABLANCA  
Tél 05 22 86 41 23 / 51 GSM 06 10 28 35 91

Consultation sur rendez - vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3 - طابق 3 - شارع مولاي إدريس الأول - إقامة دار مولاي إدريس, 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprais@yahoo.fr

Site web: www.prlailarais.ma