

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.

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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058701

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3668 Société : RNR 47683
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BELKASS M-el
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058701

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-464656

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3667 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELKASS MOHAMED
 Date de naissance : 04.08.1960
 Adresse : Résidence Eden Tamaris SCA Dar Bouazza CASABLANCA
 Tél. : 0661511492 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01/10/2010
 Nom et prénom du malade : Belkass Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : Casa Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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


DES FRAIS ET HONORAIRES		
<p>bre et ficiant</p>	<p>Montant détaillé des honoraires</p>	<p>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p>
<p>355</p>	<p>1868</p>	<p>105</p>

DES FRAIS ET HONORAIRES		
<p>bre et ficiant</p>	<p>Montant détaillé des honoraires</p>	<p>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</p>
<p>355</p>	<p>1868</p>	<p>105</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet de Pharmacie ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/05/20	4180DA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet de Pharmacie ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/05/20	4180DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/11/2020	2300	3000 DH
	11/01/2021	230	320 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/09/20	2300	3000 DH
	11/01/20	230	320 DH

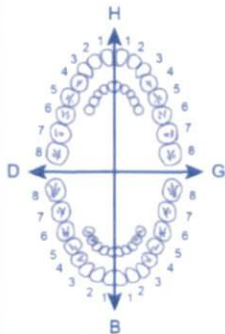
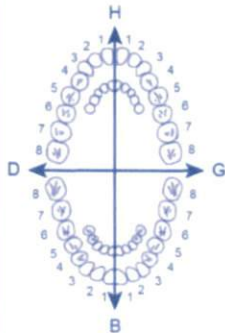
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

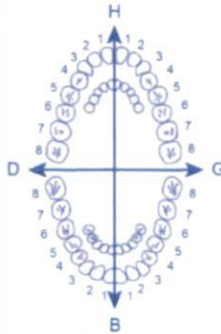
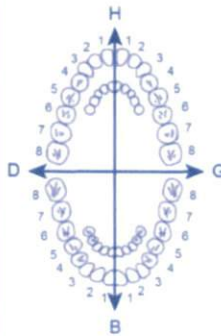
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Important :

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2">DG</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE RADIOLOGIE
ABOUMADI



مركز الطب الإشعاعي
أبو ماضي

CASABLANCA 02/09/20

Belkass Mohamed

AKIKI Mustapha

Spécialiste en Radiologie
Docteur de la Faculté de
Médecine de Nancy
Enseignant à la Faculté de
Médecine

BERRADA M. AZ El-Arab

Spécialiste en Radiologie
Enseignant à la Faculté de
Médecine

BENKIRANE Hakima

Spécialiste en Radiologie
Docteur de la Faculté de
Médecine de Nancy
Attachée au CHU (binou Rochel)

CLARISSCAN 0,5MMOL/ML FLACON 15ML

418 DH



IRM Haut champ (1 Tesla)

Scanner Spirale Multi-barettes

Radiologie Générale Numérique

Mammographie Numérique

Echographie Doppler Couleur

Echo-Doppler 3D, 4D

Parodontologie Dentaire Numérique

Denta scanner

Tele-radiologie 4 metres Numérique

Osteo densitométrie Biphotonique

Radiologie Interventionnelle

27, Rue Elly Abou Madi - Quartier Gauthier
Casablanca 20000 MAR

Tél: 05 22 50 34 57 - 58 / 06 61 43 74 28 / 06 69 27 65 14
Fax: 05 22 47 20 09 Email: contact@radiologie.ma
Patente: 3550123 IF: 01086163 INSS: 2620864



Clariscan™ 0.5 mmol/mL
acide gadotérique

Chaque mL contient 279,3 mg
d'acide gadotérique,
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg
d'acide gadotérique (sous forme
de sel de méglumine), équivalent
à 7,5 mmol.

Excipients : Mégumine,
tetraxeton (DOTA), eau P.P.L.

EXP: 07-2021

Lot n°: 14809655

1196799 MAR

CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml





Nom & prénom : BELKASS MOHAMED

FACTURE N° : 20/014622

Date : 07/09/2020

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
I.R.M DES PARTIES MOLLES	3 000,00
	<u>Total Montant</u>
	3 000,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de:
TROIS MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 07/09/2020

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ilya Abou Madi
Appt N° 3 - Quartier Gautier - Casablanca
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 47 40 09
Fax: 0522 47 40 09

ORTHOS



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل
والجراحة الرياضية

Date : 01/09/2020

Ordonnance

MR BELKASS MOHAMED

SUSPICION D'UNE LÉSION MUSCULAIRE AU NIVEAU DU
MUSCLE JUMENTO EXTERNE.

→ IRM DU MOLLET GAUCHE.



RADIOLOGIE AB
27, Rue
Appt N° 3 - G
Tél: 0522 21 40 00
Fax: 0522 21 40 00
Casablanca

Dr. BENNANI RAYCAL
TRAUMATOLOGIE-ORTHOPÉDIE
105, Bd. des Nations, R.D.C.
Casablanca



Casablanca le 07/09/2020

Dr. Mustapha AKIKI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA

Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE

Ep. Benjelloun

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI

Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

Dr. Alae MRANI ZENTAR

Spécialiste en Imagerie Médicale
Radiologie Interventionnelle
Cancérologique et Cardio-Vasculaire
Lauréat de l'université de Versailles-
Saint-Quentin-en-Yvelines

PATIENT : BELKASS MOHAMED
MEDECIN TRAITANT : DR. BENNANI FAYCAL
EXAMEN(S) REALISE(S) : I.R.M DES PARTIES MOLLES
M.

Technique :

3 plans T2 STIR
T1 coronale
T2 coronales.
Injection de gadolinium en T1 STIR.

Résultat :

Les structures musculaires présentent un signal homogène sans foyer de rupture ni image de collection décelable.
Absence de prise anormale de produit de contraste.
Absence également d'anomalie de signal au niveau des structures osseuses.

Au total :

IRM des parties molles ne montrant pas d'anomalie pouvant expliquer la symptomatologie clinique ; la possibilité d'une sciatique tronquée me semble une hypothèse probable.

Confraternellement
DR BERRADA AZ EL ARAB
INPE : 091032870

Appré
Tél: 052

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle
- Diagnostic et Thérapeutique

ORTHOS



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل
والجراحة الرياضية

Date : 01/09/2020

Ordonnance

Facture N°: 1741/2020

Bénéficiaire : Mr Belkass Mohamed
Mr BELKASS MOHAMED

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
Rx	Radio	1	300,00	300,00
Total				300,00

Arrêté le présent document à la somme de :
trois cents dirham(s)

ORTHOS SCP
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair
Casablanca
TP: 34465339 - ICE: 001860015000084

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com

ORTHOS



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل
والجراحة الرياضية

Date : 01/09/2020

Ordonnance

MR BELKASS MOHAMED

Rx de la jambe gauche (F+P)



Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE 091166848
105, Bd. 02 Mars, RDC
Casablanca

Ordonnance

MR BELKASS MOHAMED

Rx de la jambe droite (Face et Profil):

- Absence de lésion osseuse d'allure traumatique.
- Absence de luxation au niveau des différentes articulations.
- Léger pincement fémoro-tibial interne.
- Légère déminéralisation osseuse.

Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATOLOGIE-ORTHOPÉDIE
et CHIRURGIE DU SPORT
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17
E-mail : orthosport@gmail.com