

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse dentaire :

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038661

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3723 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre : DREBDE  
Nom & Prénom : BRODEADME ABDELGHANI  
Date de naissance : 01/12/1954  
Adresse : 444 AL 9005 - RES AL FAIR -  
INB.C. AL YABRAMINE BERNABE CASH  
Tél. : 0922 767011 Total des frais engagés : 24610 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2021  
Nom et prénom du malade : BRODEADME Abir Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : aff. respir.  
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 : CASH Le : 30/11/2021  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/11/21        | C                 |                       | 130m                            |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient   |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---------------------------|---|------------------|---------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                           |   |                  |               | Coefficient DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <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>D</td><td>G</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 |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412  | 21433552         |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D   | G                |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411  | 11433553         |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]  |                  |               | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  | DATE DU DEVIS |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |   |                  |               |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

# Docteur Hassan BELKOUK

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

Diplômé D'échographie  
Générale de la **F. M. C**

Diplôme d'Expertise  
Médicale de la **F. M. C**

**MEDECINE GENERALE**

Tél: 05 22 75 07 38

# الدكتور حسن بلكوك

خريج كلية الطب بالمركز الجامعي  
ابن رشد بالبيضاء

دبلوم الفحص بالصدى كلية  
الطب بالبيضاء

دبلوم الخبرة الطبية  
كلية الطب بالبيضاء

الطب العام

الهاتف ع : 05 22 75 07 38

Casablanca , le : 10 NOV. 2021

البيضاء في

Benouss  
Giti

1/ Dobutap 10g

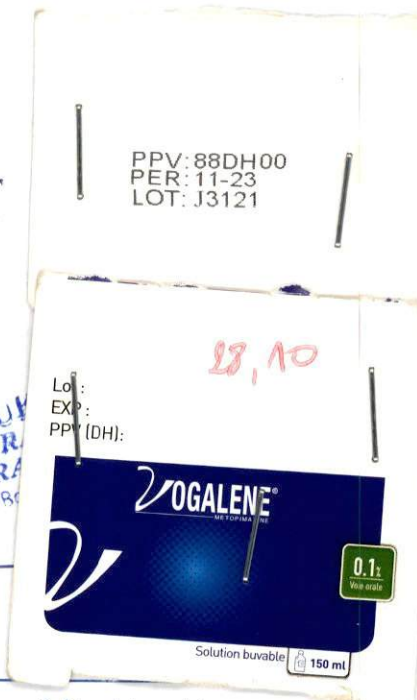
2/ 88g

3/ 88g

4/ 28g

5/ 28g

Dr. BELKOUK  
ECHOGR  
OMNIPRA  
14, Hay El Qods B



شارع نابلس الرقم 144 - حي القدس - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

Boulevard NABOULS N°144, Hay EL QODS - Sidi Bernoussi - CASABLANCA