

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0033679

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10059 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HIRCHY DRISS

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Dr Ouled yadnia Dhaua

Tél. : 0661778748 Total des frais engagés : 2658,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ouafaa EL ALLAM
Anesthésie Réanimation

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Céphalée

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) :

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
08.06.23	Voir Facture N° 11479		253742	 Dr. Ghalaa EL-ALLAM Anesthésie Réanimation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Centrale Lot. Labyaneh / N°3 Tel: 06 22 11 04 24	08.06.23	12120

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

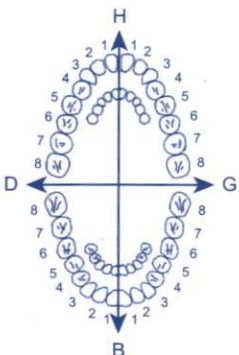
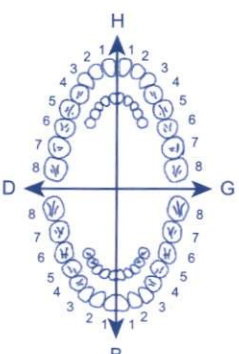
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
[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



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 18/06/2023

Mr HIRCHY Duss

PHARMACIE CENTRALE

Lot. Laâyoune I N°3

Deroua

Tél : 05 22 53 26 00

22.20

1)

Codoliprane

1 gpc 3g

PPV: 22DF20

PER: 12/21

LOT: L4 075

Codoliprane

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

Comprimés
sécables



6 118000 040217

2)

2)

Surgam

1 gpc 2g

gpc 2g

3)

3)

Vetaneryl fort

1 gpc 3g

OEDES 20mg

28 gélules



LOT 220196

EXP 09/2024

PPV 99.00DH

99.00

4)

Odes

121.20 1 gel

Dr. Ouafaa EL ALAMI
Anesthésie Réanimation

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (ex-Jerrada), Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 ; Fax : 05 22 23 81 82

E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification





AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 08/06/2023

Mr HIRCHY Driss

Céphalées rebelles aux traitements

⇒ TDM Cérébrale

Dr. Ouafaa EL ALLAM
Anesthésie Réanimation



AKDITAL
Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Jvp



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوايس

08/06/2023

PATIENT : **HIRCHY DRISS**

PRESCRIPTEUR: **EL ALLAM OUAFAA**

SCANNER CEREBRAL

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee millimetrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Atrophie corticale minime.

Absence d'anomalie de densite parenchymateuse aux etages sus et sous tentoriel.

Absence de lesion ischémique recente.

Absence de stigmates hemorragiques.

Structures medianes en place.

Système ventriculaire de morphologie normale.

Fosse cerebrale posterieure sans anomalie.

Citernes de la base libres.

CONCLUSION :

Atrophie corticale minime.

Absence d'anomalies cranio cerebrales pouvant expliquer la symptomatologie.

A confronter au reste des investigations.

Merci de votre confiance.

Dr BENMOULA

Clinique JERRADA OA
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tel 05 22 99 37 48

Vous pouvez acceder a votre examen en consultant le lien securise suivant: pacswebcjo.ddns.net (Login :

HIS858977153347 Mot de passe : HIS77829)

113, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 | 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : 05 22 23 81 82
Patente N° 37987814 - ICE : 001628705000012 - CNSS N° 8686597
E-mail : cliniquejerradaoasis@akdital.ma - Site web : www.cliniquejerrada.ma

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-06-2023

Facture N° 11479/23

A. Identification

N° Dossier : CJO23F08185503

N° Identifiant : 077829/23

Nom & Prénom : M. HIRCHY DRISS

C.I.N : W60286

Adresse : DR OLD YAHIA DEROUA BERRECHID

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-06-2023

Date Sortie : 08-06-2023

Médecin traitant : DR . EL ALLAM OUAFAA

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER CEREBRAL		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00
PRESTATIONS						
1	SALLE D URGENCE		100,00			100,00
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						500,00
PHARMACIE INTERNE						
1	PHARMACIE		37,42			37,42
Total Rubrique :						37,42
PARTIE CLINIQUE :						2 537,42
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						2 537,42

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS QUARANTE-DEUX CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré