

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.

Prothèse 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 066042

53970

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1934 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JARI ABDELAZIZ

Date de naissance :

Adresse : 55 Passage II TAWA BURECH

Tél. : 0667920887 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور نبيل الوردي
Dr. Nabil EL OUARE
Spécialiste en Médecine du Travail
Urgentiste oxylogue
CHP de Berrechid
INPE 12100624

Date de consultation : 15/11/2020

Nom et prénom du malade : JARI ALLEGI Age : 70 ans

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

Nature de la maladie : COVID 19

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 : 31/12/2020

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
15/07/2019	C	C 1	C 5	

RES

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. Nabirel Oualidi
Spécialiste en Infectiologie
Urgentiste et oxycodone
CHP de Berrechid
INPE : 121006274

[illegible][illegible]

2. 2002 DHS TDM THORACIC

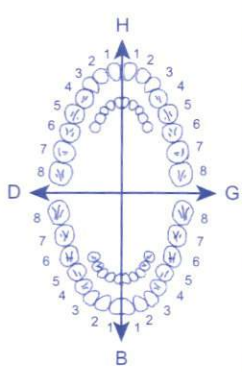
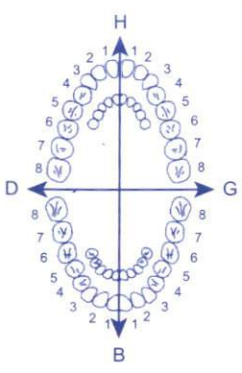
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

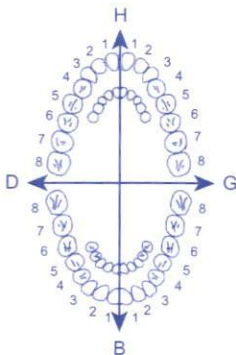
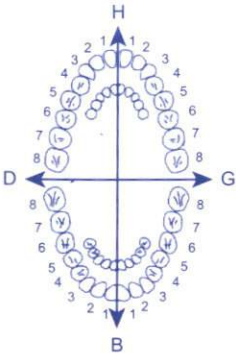
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OC

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div><div>H</div><table><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></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
A LA REGION CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID

BERRECHID, LE :

15/11/22

الدكتور نبيل الوردى
Dr. Nabil EL OUARDI
Spécialiste en Médecine du Travail
Urgentiste oxylogue
CHP de Berrechid
INPE : 21006274

ORDONNANCE

J. M. R.

Abdelaziz

Dysfonc

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

TDM Thorax

الدكتور نبيل الوردى
Dr. Nabil EL OUARDI
Spécialiste en Médecine du Travail
Urgentiste oxylogue
CHP de Berrechid
INPE : 21006274

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 18-11-2020

Facture N° 17553/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20K18140227

N° Identifiant : 036182/20

Nom & Prénom : M. JARI ABDELAZIZ

C.I.N : T32481

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 18-11-2020

Date Sortie : 18-11-2020

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	TDM THORACIQUE		2 000,00			2 000,00
Total Rubrique :						2 000,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

0,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL 2 000,00

DEUX MILLE DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 99 37 48



Casablanca, le 18/11/2020

PATIENT : JARI ABDELAZIZ

PRESCRIPTEUR: ANESTHESISTE REANIMATEUR

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE : Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC.

RESULTATS :

Plages de condensation parenchymateuse pulmonaires bilatérales éparses intéressant tous les lobes, de disposition périphérique, sièges par endroits de bronchogrammes aériens.

L'atteinte est estimée à 30% du volume pulmonaire total.

Absence d'épanchement pleural

Lame d'épanchement péricardique.

Adénopathie latéro-trachéale droite mesurant 11mm de petit axe.

CONCLUSION :

Aspect TDM d'une pneumopathie interstitielle d'origine infectieuse virale type Covid-19 avec atteinte lésionnelle étendue.

Adénopathie médiastinale d'allure réactionnelle.

Merci de votre confiance.