

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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-625423

73743

OA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8385

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SOUKAT KARIM

Date de naissance : 25/01/1971

Adresse : BENADAR RUE 30, N17, CASA

Tél. : 0661 424769

Total des frais engagés : 1125#

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/05/2021

Nom et prénom du malade : SOUKAT KARIM

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Parosmia

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
07-02-21	C9		300000	Dr. EL ESTIM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JARDINS POLO Hajaa SEKKAT Docteur en Pharmacie Avenue Atlantide, N° 102 Bis POK Casablanca - Tél. 06 99 81 72 8	07-02-21	121,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL ESTIM	07-02-21	130000	100000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				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"> <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evoqués : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

Casablanca, le

07/04/2021

الدار البيضاء، في

مصحة جرادة الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرأس

المجهودات المثارة

Mr SEKKAT Karim

34,00
30,00

60,00

MYANTAGIC CP



1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir pendant 5 jours

VOLTARENE EMULGEL 1 % Gel en tube T/50 g

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours

INEXIUM 20 mg Cpr gastro-rés Plq/14

1 Comprimé le matin pendant 10 jours

Docteur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 091032201

PHARMACIE JARDINS POLO
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bts Polo

124,00

LOT: M0456
EXP: 05 2023
PPV: 60,00 DH



MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00
EXP 07/2023
LOT 04042 1

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00
EXP 09/2022
LOT 01019 3

CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evoqués : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

مصحة جرادة الوازيس الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات
التخطيط الكهربائي للرعاش
المجهودات الشارة

Casablanca, le

07/04/2021

الدار البيضاء، في

Mr SEKKAT Karim

ENMG

Paresthésies face dorsale du pouce droit

Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 09 1032391

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 07-04-2021

Facture N° 06964/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21D07175128

N° Identifiant : 043139/21

Nom & Prénom : M. SEKKAT KARIM

C.I.N : BK59826

Adresse : CASABLANCA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-04-2021

Date Sortie : 07-04-2021

Médecin traitant : DR. EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						300,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE / EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 07 11 23 11
INP : 09 1032351

F Wave Studies

~~Nerve: Ulnar-Rt~~

M Lat	Fmin Lat	Fmax Lat	Fmean Lat
1.0 mS	25.6 mS	26.0 mS	25.8 mS

M: 5 mV

F: 500 μ V

10 mS/D



EMG Studies

[illegible]

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 13-04-2021

Facture N° 06963/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21D13164916

N° Identifiant : 043139/21

Nom & Prénom : M. SEKKAT KARIM

C.I.N : BK59826

Adresse : CASABLANCA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-04-2021

Date Sortie : 13-04-2021

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	EMG		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
PARTIE CLINIQUE :						1 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						1 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Professeur Hicham EL OTMANI
UROLOGUE - EMG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 11 23 21
INP : 09 1032391