

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

- 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
Tél : 05 22 22 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° M21- 048286

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05480 Société : RAM 78192

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMMAR ABDELKADER

Date de naissance : 16/03/65

Adresse : ammar@royalairmaroc.com

Tél : 0661105059 Total des frais engagés : 2500,00 DH 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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
06/05/2021	C2	1	400,00

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

06/05/21 T.D.N. 1500,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM RC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

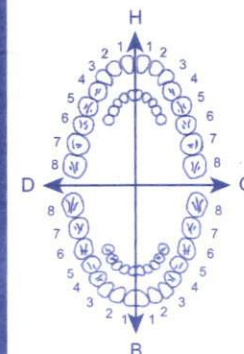
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصلحة جرادة الوازيس

CLINIQUE JERRADA OASIS
115, Av. Abderrahim Bouabid
Oasis - Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81
Fax : 05 22 23 81 82

Casablanca, le

06/01/2021

Infection Covid 19 (+)
Depuis le 26/04/2021

⇒ TDM Thoracique.

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

Docteur WAHID Naoual
Anesthésie - Réanimation



090061078

CASABLANCA Le : 06-05-2021

Facture N° 08383/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21E06111846

N° Identifiant : 044389/21

Nom & Prénom : Mme AMMAR HAJAR

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 06-05-2021

Date Sortie : 06-05-2021

Médecin traitant : DR. WAHID NAOUAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						0,00
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. WAHID NAOUAL (ANESTHESISTE REANIMATEUR)		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						400,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

CLINIQUE JERRADA OASIS
 113, Av. Abderrahim Bouabid
 Oasis - Casablanca ①
 Tél. : 05 22 23 81 81
 Fax : 05 22 23 81 82

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR : AMMAR
 ABDELKADER
 NOM DU PATIENT : Mme AMMAR HAJAR
 DATE DE NAISSANCE : 15/08/2000
 CJO21E06111846



Reçu N°: 78218

Paiement du 06/05/2021 11h21

Actes	Montant	400.00 Dh
Numéro de compte	439375*****5460	
Nom de propriétaire	AMMAR ABDELKADER	
Type de paiement	TPE	

Imprimé par : EL KASRI SAMIR Le 06/05/2021 11h21

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 06-05-2021

Facture N° 08391/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21E06113306

N° Identifiant : 044389/21

Nom & Prénom : Mme AMMAR HAJAR

C.I.N :

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-05-2021

Date Sortie : 06-05-2021

Médecin traitant : DR. WAHID NAOUAL

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						1 500,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS 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 06/05/2021

PATIENT : AMMAR HAJAR

PRESCRIPTEUR: DR. WAHID NAOUAL

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee millimetrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Absence d'anomalie parenchymateuse en verre depoli.

Absence de condensation parenchymateuse.

Absence d'epanchement pleural.

Absence d'epanchement mediastinal ou pericardique.

Calibre normal de l'aorte des gros vaisseaux pulmonaires et de la veine cave superieure et inferieure.

Absence d'adenomegalie mediastinale de taille significative.

Absence de lesion costale ou sternale decelable.

CONCLUSION :

Absence d'anomalie parenchymateuse suspecte evolutive.

Absence d'epanchement pleuropericardique.

Merci de votre confiance.

Dr AKDIM*

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 23 81 81 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMO-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Asthme - Tuberculose - Allergies Respiratoires
Spirométrie - Bronchoscopie
Pathologie du Sommeil - Ronflement
Sevrage Tabagique

59, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA

Tél.C : 05 22 44 83 70

05 22 44 83 71

GSM : 06 61 15 68 72

Dr. BELHOUSINE DRISSI Mohammed
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71
mbelhoussinedrissi@gmail.com

Casablanca, le 26/04/2019

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الرئة - الضيقة - داء السل
أمراض الحساسية - أمراض الشخير

59, شارع رجال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف ع : 05 22 44 83 70

05 22 44 83 71

الهاتف م : 06 61 15 68 72

الدار البيضاء, في 26/04/2019

Dr. AMMAR HAJOU

Rt 2er 2019 P.

Dr. BELHOUSINE DRISSI Mohammed
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71
mbelhoussinedrissi@gmail.com



Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omnia, Ain Chock - Casablanca

Tel : 0522212211

Fax : 0522212239

Email: othmani.laboratoire@gmail.com

Facture

N° facture : P21-1105

Edité le : 20/05/2021

Patient : Mlle AMMAR Hajar

Date prélèvement : 26/04/2021

N° Dossier : P0421-0856

Analyses	Valeur en B	Montant
RT-PCR COVID	600	600,00
Total B	600	600,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		600,00



Prélèvement à domicile sur rendez-vous

RC: 429200/Casablanca TP: 34000062 CNSS: 5622362 IF: 24849923 ICE: 001980644000070 INPE : 093061596



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

(Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmiologie)

(overlance)



Casablanca, 26/04/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : P0421-0856 Pvt du: 26/04/2021 10:57

Nom : Mlle AMMAR Hajar

CIN / Passport : BK620656

Age : 20 ans

Page : 1/1

BIOLOGIE MOLECULAIRE

RECHERCHE DU SARS-COV-2 (COVID19) PAR PCR EN TEMPS REEL (RT-PCR)

Nature du prélèvement : Naso-pharyngé

Résultat : POSITIF

La sensibilité des test RT-PCR utilisés pour le le SARS-COV 2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid - 19 ne peut être totalement exclue.

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI



Nous vous remercions pour votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Fax : 0522 21 22 39 - Gsm : 0662 27 99 66 / 0767 78 76 75 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilah.ma