

## 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, parodontologie 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-542537

ND: 438.30

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELAONR FI JAMILA  
Date de naissance : 31/07/1985  
Adresse : Appt 5, étage 2, Immeuble 7, rue Ibn Abi, Sahl, Blv Bin Amgarane, marjib, Casablanca  
Tél : 06 5062 7822 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Ahmed elhiman Age : 51  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : corona  
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) :

### Adresses Mails utiles

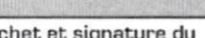
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

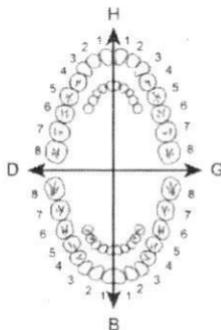
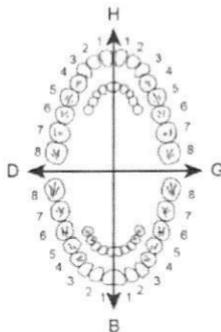
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>
				INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/08/2000	IDN venacique	1500,00 dh

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

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> 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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>												
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>												
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>												
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>												
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">           25533412            00000000         </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">           21433552            00000000         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">           00000000            35533411         </td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">           00000000            11433553         </td> </tr> </table>				H		G	25533412 00000000		21433552 00000000	D		B	00000000 35533411		00000000 11433553
	H		G													
	25533412 00000000		21433552 00000000													
	D		B													
	00000000 35533411		00000000 11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>											
					DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ADHERENT



# INJAD SECOURS

Médecin à domicile - Ambulance - Avion sanitaire

☎ 0522 66 12 12

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

Casablanca, le 16.09.20

## Ordonnance

Dr. AFILAL EL ALAMI IDRISSE  
M'HAMED  
Médecin Réanimateur Anesthésiste

Chir. Thoracique

La consultation au domicile de M-  
ANNED CHYNNAN, âgé de 51 ans,  
montre les éléments suivants:  
patient sans ATCDs, présente un  
syndrôme douloureux depuis une  
dizaine de jours, présente une dyspnée  
avec oppression thoracique exaspérée  
Ex: PO=3702 P=86 bpm TA=14/8.5  
SatO<sub>2</sub>=85% à l'AA

- patient anxieux sans délir

- ex PP, sué, à nu  
pas de râles, patient légèrement

Dr. AFILAL EL ALAMI IDRISSE  
M'HAMED  
Médecin Réanimateur Anesthésiste

URGENCE 24H

polypneusque, ne présente pas de  
signes de luttés respiratoire, contraste  
avec une hypoxie  $SpO_2 = 84-85\%$ .

Il s'agit d'une COVID fort  
probable avec nécessité d'O<sub>2</sub>

T857 Thoracique D'AFILAL

  
Dr. AFILAL EL ALAMI IDRISSE  
Médicin Réan. Spécialiste Anesthésiste



Casablanca, le 16/09/2020

PATIENT : CHINAN AHMED

PRESCRIPTEUR: DR. NACIRI ZAKARIA

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralee millimetrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Individualisation de multiples plages en verre depoli, peripheriques, diffuses et bilaterales, confluentes par endroits realisant quelques condensations en plage.

Il s'y associe des epaisissements perilobulaires realisant par endroits un aspect en crazy paving.

Atteinte etendue evaluee a 45% a droite et a 27% a gauche.

Absence d'epanchement pleural, mediastinal ou pericardique.

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

Petit ganglion de la loge de Barety de taille infra centimetrique.

Absence de lesion costale ou sternale decelable.

CONCLUSION :

*Pneumopathie interstitielle etendue pouvant etre d'origine virale (COVID 19) vu le contexte pandémique. A confronter aux donnees de la PCR.*

*Absence d'epanchement pleural ou pericardique.*

*Atteinte etendue evaluee a 45% a droite et a 27% a gauche.*

Merci de votre confiance.

Dr AKDIM\*

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



090061078

Facture N° 13429/20

CASABLANCA Le 16-09-2020

## A. Identification

N° Dossier : CJO20116143846

N° Identifiant : 031632/20

Nom &amp; Prénom : M. CHINAN AHMED

C.I.N : JB54735

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 16-09-2020

Date Sortie : 16-09-2020

Médecin traitant : DR. NACIRI ZAKARIA

Traitement :

Qte	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
TOTAL GENERAL						1 500,00

## PARTIE CLINIQUE :

## PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

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 23 81 81  
Fax : 05 22 23 81 82