

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

réclamation	: contact@mupras.com
prise en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Matricule : 313 Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

REZKI JILALI

Date de naissance :

17-06-41

Adresse :

3 RUE 3 HAY CHEM

Tél. : 0522368408

0670225111

Total des frais engagés : 644,25 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problème urinaire dans les appareils urinaires

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 : 22/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
22/02/21	62	62		<i>Dr. Samira MILA Dentiste - Andrologue Sexologue - 0956200000</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Dr. Samira MILA Dentiste - Andrologue Sexologue - 0956200000 283, Bd. de l'Indépendance Hay Salim - 071 Tél: 0522 51 65 74 - 0522 51 65 74</i>	22/02/21	364,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ANALYSES - RADIOLAB ANALYSES MEDICALES Tél: 0522 51 65 03 0522 51 65 03 0522 51 65 03</i>	22/03/21	1PS	280,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. The diagram is oriented with the upper arch at the top and the lower arch at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8				

Date: 22/02/2021

Ordonnance

M. Reg Ki Jilali

121.40 x 3

m Umax 94 mg/s

AS

LOT 201017
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

LOT 201017
EXP 03/2022
PPV 121.40DH

36420



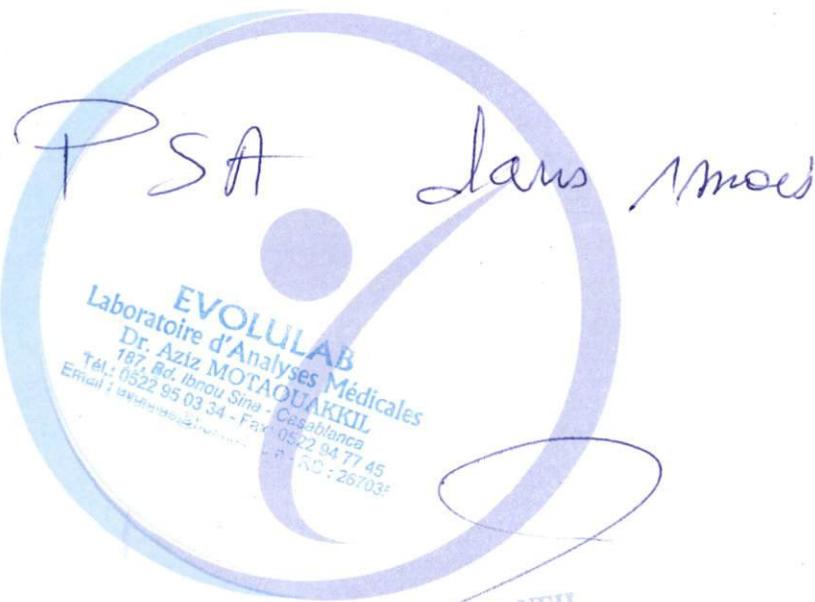
PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C I L
Tél: 0522.94.65.30 - CASABLANCA

Docteur Hamza EL NEJLI
Urologue - Andrologue
Sexologue
Tél: 06.56.21

Date 22/10/2021

Ordonnance

M^r Reghi Tihabi



Docteur Hamza EL NEIL
Urologue - Andrologue
Sexologue
Tél : 06 56 20

Date du prélèvement : 22-03-2021 à 11:39
Code patient : 1608252014
Né(e) le : 17-06-1941 (79 ans)



Mr Jilali REZKI
 Dossier N° : **2103222017**
 Prescripteur : Dr HAMZA EL NEIL

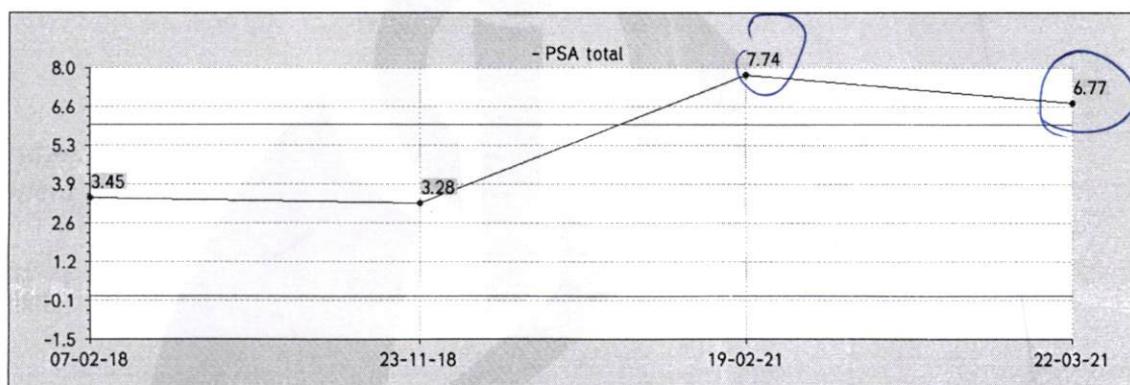
MARQUEURS TUMORAUX

19-02-2021

- PSA total
 (Technique ELFA Vidas)

6.77 ng/ml (<6.00)
6.77 µg/l (<6.00)

7.74



Le rapport PSA Libre/ PSA Total peut être réalisé sur un échantillon prélevé de préférence au laboratoire pour des valeurs de PSA Total comprises entre la valeur normale et 10 µg/l.

Validé par Dr Y.ZEMRANI

*Laboratoire d'Analyses Médicales
 Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
 187, Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
 Tél. : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45
 Email : evolulab@hotmail.com - N° : 26703*

**MUPRAS MUTUELLE DE
PREVOYANCE ET D'ACTIONS
SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC**

FACTURE N° : 2103222017

Casablanca le 22-03-2021

Mr Jilali REZKI

Date de l'examen : 22-03-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	PSA Total	B300	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 315

TOTAL DOSSIER : 280.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingts dirhams

IF 14377655 INPE 09361062

*EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
Tél: 0522 95 53 34 - 0522 94 77 45
Tél: 0522 95 53 34 - 0522 94 77 45
RC : 267035 - ICE : 001666539000001*