

# 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.

## Éducation :

- 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 :

- 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0011180

64487

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 315 Société : AT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : REZKI JILALI  
 Date de naissance : 17-06-41  
 Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEM  
 0522368408 Casablanca  
 0670025111 Total des frais engagés : 644,22 Dhs

### 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 :

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 : Casa

Le : 22/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

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
22/02/21		6	6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MILA Dr. Samira MILA 283, Bd. Sidi Abderrahmane Hay Salem - ALGER Tél: 0522 94 65 10 - 0522 94 65 11	22/02/21	364,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AZIZ MOTAOUAKKIL 187, Bd. Ibn Khaldoun - Casaghlia Tél: 0522 95 03 41 - 0522 94 77 45 Fax: 0522 94 77 46	22/03/21	B371 1P3	280,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

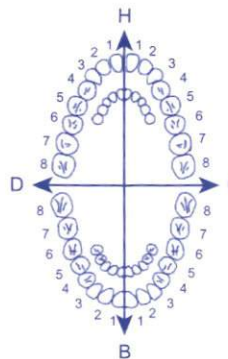
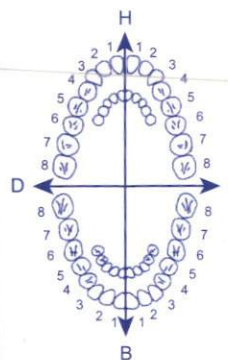
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'OD

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																
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INTERNATIONAL  
clinic

Date: 22/02/21

## Ordonnance

M<sup>D</sup> Reg Ki Jilali

121.40 X 3

n Umax 0.4 mgss

1 p le soir ptt 2 mois

36426

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahman  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522.64.65.30 CASABLANCA

Docteur Hamza EL NEH  
Urologue - Andrologue  
Sexologue  
Tél: 06 56 21 16

LOT 201017  
EXP 03/2022  
PPV 121.40DH

LOT 201017  
EXP 03/2022  
PPV 121.40DH



Date: 22 / 02 / 2021

## Ordonnance

M<sup>r</sup> Deghi Jilali

PSA dans 1 mois

**EVOLULAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
E-mail: [contact@evolulab.ma](mailto:contact@evolulab.ma) - P-RO: 26703

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

### - PSA total

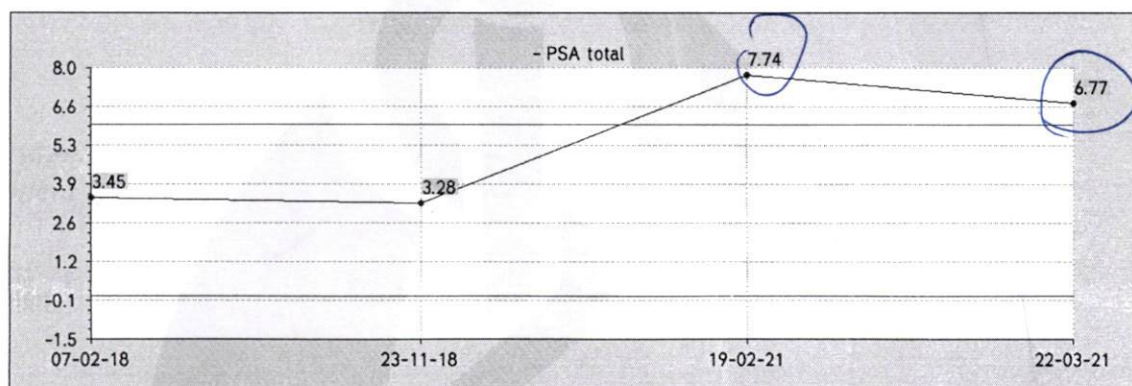
(Technique ELFA Vidas)

**6.77** ng/ml (<6.00)

**6.77** µg/l (<6.00)

19-02-2021

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 EVOLULAB**  
 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  
 RC: 267035

**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 :

<b>Récapitulatif des analyses</b>			
<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  
187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca  
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com  
RC : 267035 - ICE : 001666539000001