

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 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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-512805

ND: 22/4/24

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4724

Société :

lam

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GUEJAS

Abdelatif

Date de naissance :

24/09/1989

Adresse :

0649955595

Télé : Total des frais engagés :

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 :

Pharyngitis

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

(Signature)

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 Règlement des Actes
02/03	2020	16	100,00 DH	Professeur Dr Abdellatif Chirurgien 76 Bd Abdellatif Casablanca 20000 Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 20 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/20	39,180

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

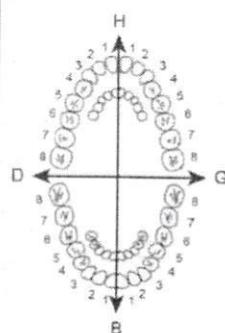
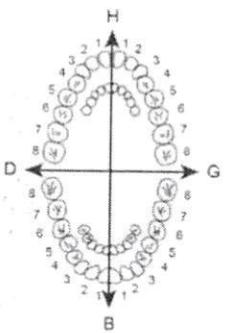
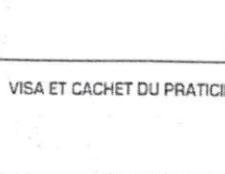
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/03/20	B 300	300,00 PH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادا الوازيس



Casablanca, le 2-3-2020

LOT: 12819010
PER: 10/2022
PPU: 79,50 DH

Tenir hors de la portée et
Pas de précautions particulières
Sous ordonnance médical

LOT: 12819010
PER: 10/2022
PPU: 79,50 DH

Tenir hors de la portée et
Pas de précautions particulières
Sous ordonnance médical

47,80

~~Butazotin~~

~~24x36~~

~~92,50x2~~

~~Metformin 500~~

~~16x24 al~~

~~10 391,80~~

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

Clinique Jerrada OASIS, Bd. Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82
Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

Akmed

Lot	:
Exp	:
PPV	: 92,50

Lot	:
Exp	:
PPV	: 92,50

PPV:	42,80
EXP:	
Lot N°:	

Professeur EL MRINI Moulay
Chirurgien Urologue
76, Bd Abdeymoumen - Casablanca
Tél. : 05 22 25 36 36 Fax 05 22 25 36

AKDITAL
Acteur de Santé

Casablanca, le

2 - 7 - 2002

Dr Houda Othmani

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Omaria-Omariya - Ain Chock - CASABLANCA
Tel: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 33
IMPE: 093061596

DGS

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

Professeur EL MRINI Mohai
Chirurgien Urologue
76, Bd Abdennourer - Casablanca
Tél.: 05 22 25 36 36-Fax: 05 22 22 25

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 02-03-2020

Facture N° 03584/20

A. Identification

N° Dossier : CJO20C02112435

N° Identifiant : 024060/20

Nom & Prénom : M. GUEJAJ ABDELLATIF

C.I.N : B166924

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

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

Date Entrée : 02-03-2020

Date Sortie : 02-03-2020

Médecin traitant : DR . PR EL MRINI MOHAMED

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FRAIS CLINIQUE		100,00			100,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES MEDICAUX						
1	DR. PR EL MRINI MOHAMED (UROLOGUE)		300,00			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
QUATRE CENTS DIRHAMS						
TOTAL GENERAL						
400,00						

Cachet et Signature

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

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

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

Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture

N° facture : 2020-1523

Édité le : 11/03/2020

Patient : Mr GUEJAJ Abdellatif

Date prélèvement : 11/03/2020

N° Dossier : 11120413

Analyses	Valeur en B	Montant
PSA total	300	360,00
Total B	300	360,00
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		300,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 093061596



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثماني للتحاليل الطبية

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



Casablanca, le 11/03/2020

Dossier N° : 11120413 Pvt du: 11/03/2020 10:32

Nom : Mr GUEJAJ Abdellatif

Age : 60 ans

Demandé par Dr : EL MRINI MOHAMED

Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

MARQUEURS SERIQUES

PSA total

(Technique: AIA360 TOSOH)

Valeurs usuelles en ng/ml

< 40	: 1.4
40 - 50	: < 2.0
50 - 60	: < 3.1
60 - 70	: < 4.1
>70	: <4.4

:

2,40 ng/ml

Valeurs Usuelles

(Inférieur à 4,1)

Antériorité

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Laboratoire OTHMANI d'Analyses Médicales

Dr Houda OTHMANI Biologiste

N°2, Bd El Qods, Residance El Qods

Quartier Cm-ia, Ain Chok - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Fax : 05 22 21 22 39

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chok - Casablanca
Tél: 0522 21 22 11 - Gsm : 0662 27 99 66 - Fax : 0522 21 22 39 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilab.ma

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. GUI JA
ABDELLATIF
DATE DE NAISSANCE
24/09/1959
CJO20C02112435



Reçu N°: 39547

Paiement du 02/03/2020 11h26

Actes

Montant

400,00 Dh

Type de paiement

TPE