

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 050955 **CA**

**68355**

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8728** Société : **RAM**  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : **LEZAR ABDELILAH**  
Date de naissance : **01 01 1964**  
Adresse : **27 Rue de la Lune Polo Casablanca**  
Tél. : **06 61 42 6508** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : **20 AVR 2021**  
Nom et prénom du malade : **Lezar Hind** Age : .....  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : **Lecture Porteur Aulné**  
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 : **20/04/2021**  
Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° P19-050955 **MUPRAS**  
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....  
**ACCUEIL**  
3 AVR. 2021  
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

**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.

**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**

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise 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.

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

### 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
20 AVR 2021	Contrôle Général			

**Dr. TLEMSANI Laila**  
 Médecine Générale  
 Bachkou I - Lot A - Im. A7  
 1er Etage - CASABLANCA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/2021	574,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

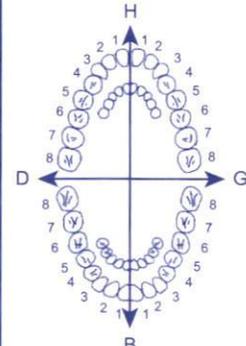
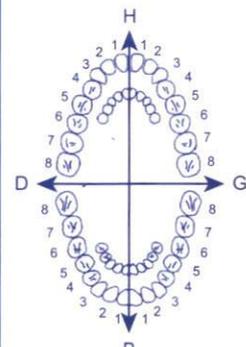
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez 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 <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TLEMSANI Laïla

MÉDECINE GÉNÉRALE - ECHOGRAPHIE

Médecin Agréé par le Ministère de la Santé

- PERMIS DE CONDUIRE -

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتورة التلمساني ليلي

الطب العام - الفحص بالصدى

دكتورة معتمدة من طرف وزارة الصحة

- رخصة القيادة -

خريجة كلية الطب بمونبولى

Casablanca, le : 20 AVR 2021

49.60

(S.V)

Nelle Legas Hind

D. Cure Fert

1 ampoule

toroxi

(S.V)

Nigam

2cp a sauc

3 min

574,60

PHARMACIE L'ISERE  
Dr. Djoury Ayadi Driss  
74, Rue l'isere polo - Casablanca  
Tél : 022 85 64 57

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

LOT N°: 21089  
UT. AV: 01/24  
PPC (DH): 105,00

UT. AV: 105,00  
PPC (DH):

PPC (DH): 105,00

UT. AV: 01/24  
PPC (DH): 105,00

UT. AV: 01/24  
PPC (DH): 105,00

Dr. TLEMSANI Laïla  
Médecine Générale  
Bachkou I-Lot. A-Imm. A 7  
1er Etage - CASABLANCA

ICE : 001629358000035

طريق تدارت، باشكو، عمارة 7 الطابق الأول (مقابل مسجد الهداية) - الدار البيضاء

Route Taddert, Bachkou, Lot A7 1<sup>er</sup> étg (en face de la Mosquée Hidaya) - Casablanca

Tél : 05 22 83 08 92 - Gsm : 06 62 83 08 93 - E-mail : laïla.tlemcani@gmail.com