

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Angin Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (j.g.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-556835

68353

CA 1508 RYA 61

☒ 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 : 07.01.1964

Adresse : 27 Rue de la Loire Polo casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TLEMSANI Laila
Médecine Générale
Bachkou I-Lot. A-Imm. A7
1er Etage - CASABLANCA

Date de consultation : 13 AVR 2021

Nom et prénom du malade : Lezar Houd

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Beau deute

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 : 13.04.2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

HND

Déclaration de maladie

N° W19-556835

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS

150

ph 2021

AVR 2021

ACCUEIL

Matricule : 8728

Nom de l'adhérent(e) : LEZAR ABDELILAH

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Honoraires
13 AVR 2021		C	150,57	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2021	267,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/04/2021	B98, e/r	1070,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <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 <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] 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

Casablanca, le : 13 AVR 2021

الدكتورة التلمساني ليلى

الطب العام - الفحص بالصدى

دكتورة معتمدة من طرف وزارة الصحة

- رخصة السياقة -

PPV: 10DH30

PER: 10/23

LOT: J2760

PPV: 14DH00

PER: 12/23

LOT: J3684

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 120,40 DH
LOT: 640276
PER: 09/21

27,30

27,30

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill®

Expectorant

ADULTES

755.560.10.18

ICE : 001629358000035

طريق: شارع محمد السادس، عمارة 7 الطابق الأول (مقابل مسجد الهداية) - الدار البيضاء

Route Taddert, Bachkou, Lot A7 1^{er} étg (en face de la Mosquée Al-Hidaya) - Casablanca

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

حالات التعب

20 أمبولة

بدون سكر

LOT: 0321
PER: 02 2024
PPV: 46.00DH

ستيمول®

مالات السيترولين

STIMOL®
20 ampoules buvables
de 10 ml



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 السياقة -

خريجة كلية الطب بمونبولى

Casablanca, le : 13 AVR 2021

Dr. Legar Hind

NFS - Fermentaire

- 25 OH Vit D3

- TSH - Anti TPO

- Glycémie à jeun

طريق تدارت للتحاليل الطبية
Laboratoire TADDART d'Analyses Médicales
Abdelhay EL-OKACI
Pharmacien Biologiste
189, Route Taddart - 20100 Casablanca
Tél : 05 22 83 66 11 / 05 22 83 88 33
Fax : 05 22 85 35 22

Dr. TLEMSANI Laïla
Médecine Générale
Bachkou I-Lot A7 - imm. A7
1er Etage - CASABLANCA

ICE : 001629358000035

طريق تدارت، باشكو، عمارة A7 الطابق الأول (مقابل مسجد الهداية) - الدار البيضاء

Route Taddert, Bachkou, Lot A7 1^{er} 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



مختبر تدارت للتحاليل الطبية
Laboratoire « Taddart » d'analyses médicales

الدكتور عبد الحكي العكاشي Dr. Abdelhay EL OKACHI

Pharmacien Biologiste
Diplômé de l'Université de Bordeaux
Ex. chef du Laboratoire de Biochimie CHU de Casablanca

CES de Biochimie,
d'Hématologie,
d'Immunologie,
de Parasitologie,
de Bactériologie,
& Virologie cliniques,
Certificat de reproduction
humaine

Casablanca le 14 avril 2021

Mademoiselle LEZAR HIND

MUT20

FACTURE N°	41334
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	65	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Ferritine -----	B	200	
Vitamine D -----	B	300	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	140	
Ac Anti - Thyroperoxydase -----	B	250	Total : B 985

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	1 070,00 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Soixante Dix Dirhams

مختبر تدارت للتحاليل الطبية
Laboratoire TADDART d'Analyses Médicales
Abdelhay EL-OKACHI
Pharmacien Biologiste
189, Route Taddart - 20100 Casablanca
Tél.: 05 22 83 66 11 / 05 22 83 88 33
Fax: 05 22 85 55 22

189, Bd. Al Hachmi Al Filali «Ex Route Taddart» - 20100 - Casablanca Fax: 05 22 85 55 22

Tél.: 05 22 83 88 33 / 05 22 83 66 11 - Fax : 05 22 85 55 22 - E-mail : lab.taddart@gmail.com - INPE : 093001337

Autorisation 1960 - RC : 198322 - Patente 36376624 - IGR : 52900670 - ICE : 001534856000004 - CNSS : 1210640