

# 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="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916 Société : MAKISOUR 7ostcar

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 104, Bd YACOUB EL Mansour  
APPT 10/ETG 4 - MARIF - CASA

Tél. 06.61.41.73.04

Total des frais engagés : 1545,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL KARDI Moname  
Médecin Psychiatre  
Clinique Villa des Lilas  
Angle rue Anfa Clubs et rue des Plate formes 1  
Casablanca  
TEL : +212 522 774 170 - Fax : +212 522 051 520

Date de consultation : 16/10/22

Nom et prénom du malade : Nabihah Almame

Lui-même

Conjoint

Age :  
20  
 Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : épilepsie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

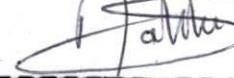
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : AKSA

Le : 3/11/22

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
11/02/2023	CN PSY		350.000	Dr. HAFID MOHAMED Psychiatre Villa des Lits Champs et rues des Plateformes Antoine 170 - Paris - France +223 522 711 710 - +212 87 00 00 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie CHAMALI 11 Rue Jeanne d'Arc 0322800088 03 22 88 00 88 	17/12/22	1195752

#### **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
		A M	P C	I M	I V	

~~LOT: KF10156  
PER: NOV 2023  
PPY: 80 24 00~~

DT: KE10115 DT: KE10157  
ER: AUT 2023 ER: NOV 2023  
EV: 80 DH 00 EV: 80 DH 00

LOT: 007  
PER: AUT 2023  
PPV: 205 DH 00

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bil

DENTS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>						
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>						
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>						
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B
H	G										
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553										
D	B										
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>									
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>											

Clinique  
Villa des Lilas

Dr EL KARDI Mohamed  
Médecin Psychiatre  
Clinique Villa des Lilas  
Angle rue Anfa Clubs et rue des Plate formes  
Casablanca, le 17/10/11  
Tél. +212 522 774 170 - Fax : +212 522 051 520

mokBML ohmam

① Ali B, BH, Fr 80/6/3  
20/5/0  
x 3

② Sihaf 5 80/6/3  
80/6/3

③ med 20/5/0  
11/3/0  
x 3

Pharmacie Univers Santé  
Hicham JAMALI  
118, Rue Jdid El Oufir  
Tél: 06 22 98 00 05 - Casa  
80/6/3

④ r 03  
n G 16/01/13

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1. Casablanca 20200. Maroc  
Capital : 10.000.000 Dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 36002344 • CNSS : 8596283

Tél : +212 522 774 170 • Fax : +212 522 051 520 • E-mail : contact@villadeslilas.ma

www.villadeslilas.ma • info@cliniquevilladeslilas.ma