

# 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.

## 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.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 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

A 86988

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0005674

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10976 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAFAA SLAOUT Date de naissance : 24-05-80

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 06649343984 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUDIRI KAMAL  
Médecin Psychiatre  
Tél. +212 6 36 02 02 06  
INPE 09-08 16317665

Date de consultation : 16/11/2021

Nom et prénom du malade : Sladui Safaa Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection psychotique

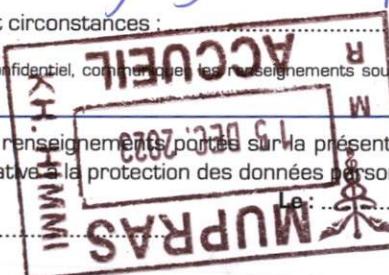
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : / /

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
10/11/23	C NPSY	400DA		Dr. OUDRHIRI KARIM Médecin Psychiatre Tél: +212 6 36 02 02 06 INPE: 061317685

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/23	390,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Clinique

Villa des Lilas



Casablanca, le .....

11/11/23

Mr Slaoui Saffet

47,00

Anafra 3,00

11

T. O.

O

polt 35

T. I.

O

160x2

Duloph

3,00

O.

O

E

23,00

Temesta 1mg

PER-19  
02/2024

TEMESTA 1MG  
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00



T. S.

polt 35

O. T.

2

polt 35

O. O.

2

polt 35

O. O.

2

polt 35

pours avancé

2

polt 35

390,00

R. OUDHIRI Kamal  
Médecin Psychiatre  
Tél : +212 6 36 02 02 06  
INPE : 06 31 1189

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1. Casablanca 20260. Maroc  
Capital : 10.000.000 Dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 403685 • TP : 06002344 • CNSS : 8596283

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

www.villadeslilas.ma • info@cliniquevilladeslilas

LOT : 012  
PER : OCT 2025  
PPV : 160 DH 00

مقاومة للعصاره المعدية

LOT : 006  
PER : DEC 2024  
PPV : 160 DH 00

LOT : B0042101A  
PER : JUN 2024  
PPV : 160 DH 00

LOT : M23079  
EXP : AVR 2026  
PPV : 47,99 DH



العنبر المعدني  
معطر باليزانت  
للماء العادي  
العنبر المعدني  
معطر باليزانت  
للماء العادي