

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.

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.

Education :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mme Naima AYAOUCHE

Date de naissance : le 11/04/1960

Adresse : 115 - Résidence "LA CASE" - Rue EL FOUARRE,

El Fape 04 - App N°0405 / 17a arr. - Casablanca MAROC

Tél. : 722 696769532 Total des frais engagés : 1 149,90 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed AGOUB
Professeur de Psychiatrie
TPA - Clinique Villa des Lilas
Tel: 0527 77 403 - 0663 67 90 16

Date de consultation : 9/07/2020

Nom et prénom du malade : Mme AYAOUCHE Naima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Depression

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 : 16/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : A.A. FOUREH

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/07/2020 | AN 15 | C3 | 200 Dr | Signature of Dr Mohamed A. Goulli, Psychiatrist, Villa des Iles, 63, 0663 67 99 36 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 09/07/2020 | 949,90 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Clinique
Villa des Lilas

LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

Casablanca, le

9/7/2020
36,70

LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

LOT 181782
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

SYNTHMEDIC
22 rue zoubair benn al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr env
Boite de 60
268/16 DMP/21/NSF P.P.V : 150,60 DH
6 118001 021338

SYNTHMEDIC
22 rue zoubair benn al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr env
Boite de 60
268/16 DMP/21/NSF P.P.V : 150,60 DH
6 118001 021338

SYNTHMEDIC
22 rue zoubair benn al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr env
Boite de 60
268/16 DMP/21/NSF P.P.V : 150,60 DH
6 118001 021338

LOT 181781
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

Dr. Mohamed AGOU
Professeur de Psychiatrie
CPA - Clinique Villa des Lilas
Casablanca
021776651 0663670022

LOT 191571
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

CLINIQUE VILLA DES LILAS-SA • 88-90 Bd de l'Oasis, Quartier Oasis - Casablanca 20100

Capital : 10.000.000,00 Dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 37987702 • CNSS : 8596283
Tél. : +212 522 77 66 65 à 69 • Fax. : +212 522 25 52 00 • E-mail : contact@villadeslilas.ma • web : www.villadeslilas.ma

LOT 181781
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

05/06/05 120.

18400.

Le/...../.....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : N° de poste :

Nom et Prénom de adhérent : N°Tél. bureau :

Nom et Prénom du bénéficiaire : N°Tél. domicile :

A remplir par le praticien

Je soussigné : Dr M. AGOUA

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M MAYDOUCH NARINA

Nécessite une consultation psychiatrique CNP SY

Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) CNP SY

Une hospitalisation de : (Approximatif)

A : (préciser l'établissement hospitalier)

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) : trouble dépressif récurrent

5/8/2005 Cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :
.....
.....
.....

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Tel: 05-22-22-78-14 fax 05-22-22-78-18