

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.

Pathologie 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.

Maladie chronique :

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-0031714

ND: 32918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

05695

Société :

Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Mme Naima ATYOUCH

Date de naissance :

le 10/04/1960 à Casablanca

Adresse :

115 - Résidence "LA CASE" - Rue EL FARATE.
Etape 04 - AP N° 0405 - Marrakech - Casablanca MAROC

Tél. :

72269676532

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
Tél : 0522 77 46 63 - 0663 67 00 34

Date de consultation :

9 / 7 / 2020

Nom et prénom du malade :

ATYOUCH

Naima

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dépresse

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) :

ATYOUCH

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
09/08/2020	CND	3	200 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/08/2020	949,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

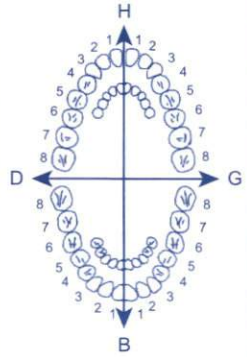
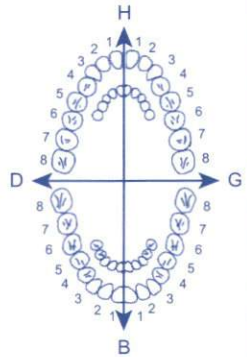
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		MONTANTS DES SOINS
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique



LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

Casablanca, le

9/7/22
36,70

LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

Am you ci Na

36,70

LOT 200135
EXP 12/2022
PPV 26.00

LOT 181782
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

12600
150,60 x 3
2 - Seroquel 25

9 x 36 A0
41,80

1 - Seroquel 25

1 - Seroquel 25

1 - Seroquel 25

1 - Seroquel 25

41,80

LOT 191571
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soufien bno al ouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr enr

Boite de 60

26816 DMP/21 NSF P.P.V: 150,60 DH

6 118001 021338

SYNTHEMEDIC
22 rue soufien bno al ouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr enr

Boite de 60

26816 DMP/21 NSF P.P.V: 150,60 DH

6 118001 021338

SYNTHEMEDIC
22 rue soufien bno al ouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr enr

Boite de 60

26816 DMP/21 NSF P.P.V: 150,60 DH

6 118001 021338

LOT 181781
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

LOT 191573
EXP 10/2021
PPV 36.70DH

LOT 181781
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

CLINIQUE VILLA DES LILAS-SA • 88-90 Bd de l'Oasis, Quartier Oasis - Casablanca 20400

Capital : 10.000.000, 00 Dh • ICE : 00174081300078 • 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

05 / October / 20.

18H00.

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 : <u>Pr. M. AGOUD</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M <u>AYOUCHE NAIMA</u>	
Nécessite <u>une consultation psychiatrique CNP SY</u>	
Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>CNP SY</u>	
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) : <u>trouble dépressif récurrent</u>	
<u>5/8/2020</u> 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