

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 canaux, 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 canaux.

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-604438

60990

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 46916

Société : Detreite (Amadeus)

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAKSOUB MOUSTAFA

Date de naissance : 4/11/59

Adresse : 104, Bd YACOUR EL MANSOUK - Apt 10

ETG 4 - MARJIF - CASA -

Tél. : 06 61 41 73 04

Total des frais engagés : 750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL KARDI Mohamed
Médecin Psychiatre
Clinique villa des lilas
Bd. De l'Oasis - Casablanca
Tél: +212 522 77 66 66
Fax: +212 522 25 52 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2017

Nom et prénom du malade : M. EL KARDI Mohamed

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ch. psychique

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 : CASR

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Le : 16/01/2017

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/01/2021			398,50	INP : 09120487W Dr EL KARDI Mohamed Médecin Psychiatre Clinique villa des lilas Rue de l'Oasis - Casablanca Tél: +212 522 73 66 66 Fax: +212 522 73 52 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE AQUIR FOUDALI Khadija 52 Rue Agence - Oasis Tél: 0522 99 31 23 - Casablanca	16/01/2021	398,50

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

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																																									
		<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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td colspan="2">DEBUT D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">FIN D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> <td colspan="2">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		D G 00000000 00000000 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DEBUT D'EXECUTION				FIN D'EXECUTION				COEFFICIENT DES TRAVAUX				MONTANTS DES SOINS				DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
		H																																											
		25533412	21433552																																										
		00000000	00000000																																										
		G																																											
B																																													
D G 00000000 00000000 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS																																											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DEBUT D'EXECUTION																																											
		FIN D'EXECUTION																																											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																																											
		MONTANTS DES SOINS																																											
		DATE DU DEVIS																																											
		DATE DE L'EXECUTION																																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																											

Casablanca, le 16/07/71

MAKBAL of Muncie

80,000 ctn p (S.7)

PHARMACIE AOURIR
FOUNDA : Rabatja
52, Rue Sadramma Oasis
Tél : 0522 99 31 33 Casablanca

14 116
2860 11621

PHARMACIA A. AOURIR
FOTOCOPIA de la Adijia
52, Rue Lagrancia - Oasis
Tel. 0222 9931 23 - Casablanca

14 116
2860 11621

20517 M.P. P2 (S.L.)

13/50 \ln chapter 7, (S)

14/11/2022

398150

Dr EL KARDI Mohamed
Médecin Psychiatre
Clinique villa des lilas
Bd. De l'Oasis - Casablanca
Tel: +212 522 77 66 04
Fax: +212 522 77 66 04

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1. Casablanca 20200000 Maroc
Capital : 10.000.000 dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 36002344 • CNSS : 8558283
Tél : +212 522 774 170 • Fax : +212 522 051 520 • E-mail : contact@villadeslilas.ma
www.villadeslilas.ma • [@cliniquévilladeslilas](https://www.facebook.com/cliniquévilladeslilas)

LOT: 005
PER: NOV 2022
PPV: 205 DH 00

LOT: KE00049
PER: MAR 2022
PPV: 80 DH 00

LOT: 030
PER: JUL 2022
PPV: 113 DH 50