

# 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 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.

N° W21-611090 17718

102099

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07718 Société : RAM.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SALMI Fatima ZAHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663455955 Total des frais engagés : 3296,- Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr TYAL Mohamed Hachem

Cachet du médecin :

Psychiatre  
INPE : 091137646  
Tél. : +212 522 05 15 15

Date de consultation : 01 Fevr 2022

Nom et prénom du malade : Hayamni Dhabi Hamza Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : End dépressif

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 : 01 Fevr 2022

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Fevr 2022	CNPSPY d'Urgence		150 Dhs	INP 1234567890 Dr. Mohamed Hachem Psychiatre 1234567890 1234567890

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE AOURIR FOUDALI Khadija Rue Lagramta - Oasis 0522 99 31 23 - Casablanca	21/07/2019	28116.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

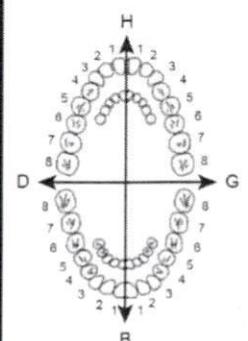
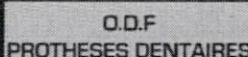
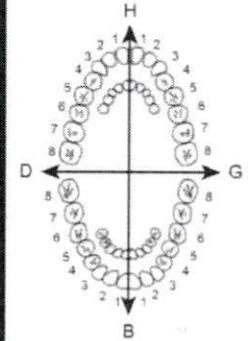
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

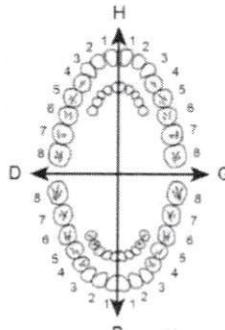
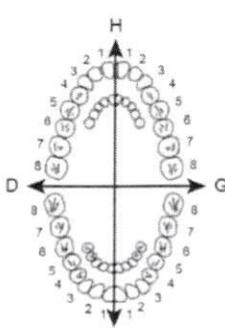
### VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

		DES TRAVAUX													
		MONTANTS DES SOINS													
		DEBUT D'EXECUTION													
<p>U T E P 3 3 3</p>		FIN D'EXECUTION													
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
		<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
		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 24 novembre 2021

Mr. HAYANI DHIBI HAMZA

~~PHARMACIE AOURIR~~  
~~FOUDALI Khadija~~  
~~52, Rue Lagramta - Oasis~~  
~~Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca~~  
~~SEROQUEL COMPRIME 100 MG~~

1/2 cp le soir (+ 1/2 cp si besoin)

~~257010~~  
XEPLION 75 MG SUSPENSION INJECTABLE LP

1 Injection IM dans le Deltoid à faire le 03/12

~~2 846100~~  
traitement de 1 mois

~~PHARMACIE AOURIR~~  
~~FOUDALI Khadija~~  
~~52, Rue Lagramta - Oasis~~  
~~Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca~~

Dr. TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre  
INPE : 091137646  
Tel. : +212 522 05 15 15

~~PHARMACIE AOURIR~~  
~~FOUDALI Khadija~~  
~~52, Rue Lagramta - Oasis~~  
~~Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca~~

Le 02/03/2022 à 15h15

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1. Casablanca 20200. Maroc

ICE : 001638747000090 • IF : 43400591 • TP : 36002402 • CNSS : 2284529

Tél : +212 522 051 515 / +212 522 051 514 • Fax : +212 522 051 530

E-mail : drtyal@villadeslilas.ma • www.villadeslilas.ma