

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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.

A 33852

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)              |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 817                             | Société : RAM                         |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : BAHAFID NOURDINE             |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 01/01/1965              |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : Rue Bitanella                     |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 0668172390                           | Total des frais engagés : 1062,22 Dhs |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mohamed AGOUB**  
Professeur de Psychiatrie  
TPA - Clinique Villa des Lilas  
Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36  
INPE : 91035493

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/3/2022

Nom et prénom du malade : RAMA Khouayi

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affect

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

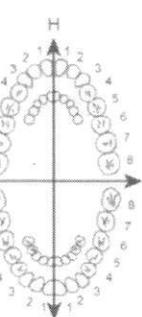
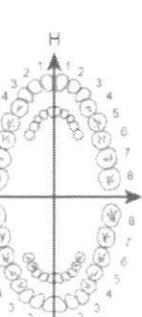
Le : 17/10/2022



| 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   |
| 01/02/2016                     | Consultation      | 1                     | 1000 Dhs                        | INP : 01/02/2016<br>Dr. Mohamed AYOUBI<br>Professeur de Psychiatrie<br>CPA - Clinique Villa des Lacs<br>Tél : 022 771 170 - 06 63 67 99 36<br>e-mail : 1035493 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |        |                       |
|---|--------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date   | Montant de la Facture |
| <del>PHARMACIE DE CASABLANCA</del>        | 819122 | 862.20                |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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.                                   |          |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                          |          | <b>Dents Traitées</b><br>(Leave blank)  | <b>Nature des Soins</b><br>(Leave blank) | <b>Coefficient</b><br>(Leave blank)   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>INP :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><input type="text"/>  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><input type="text"/>   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>DEBUT D'EXECUTION</b><br><input type="text"/>  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>FIN D'EXECUTION</b><br><input type="text"/>  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>               |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td> <td></td> </tr> </table><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |   | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H  | 25533412 | 21433552  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D  | 00000000 | 00000000  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B  | 35533411 | 11433553  |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G  |          |   |  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><input type="text"/>  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><input type="text"/>   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>DATE DU DEVIS</b><br><input type="text"/>  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|  |          |   |  | <b>DATE DE L'EXECUTION</b><br><input type="text"/>  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

Casablanca, le 8/9/22

LOT : KA13869  
PER : 11-2023  
PPV : 167,40 DH

LOT : KA13869  
PER : 11-2023  
PPV : 167,40 DH

LOT : EQB121002A  
PER : MAR 2023  
PPV : 175 DH 00

BADOU Khefje

167,40 x 2

1 - Xantis 5

175,00 x 2

2 - Gmetriptil 20

177,40

3 - Risperidol 2lt

177,40

4 - Dr. LAFNOUINE 100

5 - Dr. LAFNOUINE 100

6 - Dr. LAFNOUINE 100

Tél. 05 22 33 57

CASABLANCA

Dr. LAFNOUINE 100  
Lot. Dandoun Sidi Maârou

LOT : EQB121010A  
PER : DEC 2022  
PPV : 175 DH 00

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml  
P.P.V. : 177,40 DH

6 116001 182633

Dr. Mohamed AGOUB  
Professeur de Psychiatrie  
Clinique Villa des Lilas  
22 774170 - 06 63 779936  
NPE : 91023493

Tél. 05 22 33 57

2 mls

Dr. LAFNOUINE 100

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

Capital : 10.000.000 DH • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 36002344 • CNSS : 8596283

Tél. +212 522 774 170 • Fax : +212 522 051 520 • E-mail : contact@villadeslilas.ma

www.villadeslilas.ma • [info@cliniquevilladeslilas](mailto:info@cliniquevilladeslilas)