

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-769568

46925

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5467	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : HAJJI A. M. A.			
Date de naissance : 09/01/55			
Adresse : Av. El Saods Riad a Bokaleia - Riad Andalous Croy California Casab			
Tél. : 06 61 14 24 40	Total des frais engagés : 841,99 Dhs		

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019

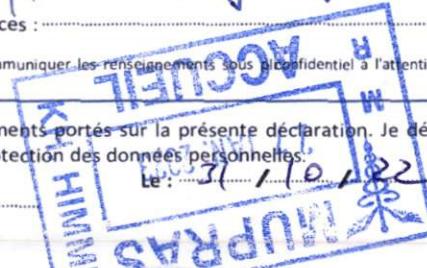
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. Mohamed AGOUB Professeur de Psychiatrie TPA - Clinique Villa des Lilas Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36 INPE : 91035433
Date de consultation :	27/01/2014
Nom et prénom du malade :	HASSI H. A. 67
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affect psych
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

le : 31/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :



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
31/10/22	ANP Sy	300		INP : <input type="checkbox"/> Dr. Mohamed AGOUF Professeur de Psychiatrie Professeur Villa des Lilas Clinique Villa des Lilas Tel : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36 INPE : 91035493

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOULEVARD 39, Avenue de la Kasbah BP 1000 10052 TUNISIE Tél : 05 22 50 60 26	31/10/22	60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	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 l'ODF.				
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
				INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
		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

3/10/22

Mr. HASSI Asma
Ed. O' Neill
Gardim
Tel. 4

1/3 miles 10
R26.0 + 2.0
Ml

5

26.5 44
Mg
27 Melatone

27 Melatnwé

5

239.99 7 *gold*

My
Dr. Mohamed AGOUB
Professeur de Psychiatrie
TPA Clinique Villa des Libs
tel : 05 22 71 41 70 - 06 63 67 19 36
INPE : 91055493

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1. Casablanca 20200. Maroc
Capital : 10 000 000 Dh • I.C.E : 001740813000078 • R.C : 358865 • I.F : 40238961 • T.P : 36002344 • C.N.S.S : 8596283

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

www.villadeslillas.ma • info@cliniquevilladeslillas.com

2101120231 17100

LOT 221744 1
EXP 05 2024
PPV 126.00

LOT 221744 1
EXP 05 2024
PPV 126.00