

# 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° W21-779399

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5467 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaatee  
 Nom & Prénom : HAJJI Amara  
 Date de naissance : 9/01/55  
 Adresse : Al El Doudi Rés. Balencia n°7  
 An Chouk Cas  
 Tél. : 06 6142446 Total des frais engagés : 834, — Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed AGOUE**  
 Professeur de Psychiatrie  
 TPA - Clinique Villa des Lilas  
 Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 31  
 INPE : 91035493

Date de consultation : 27/1/23  
 Nom et prénom du malade : HAJJI Amara Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Cas Le : 02/01/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
2/1/23	CNH	4	350	INP : 91035493

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SOULAIMA</p> <p>YOUSRA LAHBABI LAHLOU</p> <p>Ros «Les Jardins de Californie 2»</p> <p>Bd. de Fes Imm. 1 Californie</p> <p>Casa. Tél: 05.22.21 08 44</p>	21.23	252,00

## 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	



Clinique  
Villa des Lilas

LOT 222880 1  
EXP 09 2024  
PPV 126.00

Casablanca

2/1/2023

LQT 221744  
EXP 05 2024  
PPV 126.00

HASSI Azzama

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LAHBABLAHLOU  
Rés. des Jardins de Californie 2,  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casablanca 05 22 21 98 94

Esciplex 10

126,421  
26/01/2023

126,421  
126,421

126,421  
126,421

PHARMACIE MICHILIFEN  
2, Av. Michilifen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 07 50 04 / 05 07 20 07

126, x 2  
252,00

1 an tout le 3 ans

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

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa  
Capital : 10.000.000 Dh - ICE : 0017  
Tél : +212 522 774 1

LOT 212186  
EXP 09 2023  
PPV 126.00

Esciplex® 10 mg  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
AMM N° 234/14 DMP/2 INN  
6 118000 022787

Esciplex® 10 mg  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
AMM N° 234/14 DMP/2 INN  
6 118000 022787

Esciplex® 10 mg  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
AMM N° 234/14 DMP/2 INN  
6 118000 022787

Esciplex® 10 mg  
Boîte de 28 comprimés pelliculés  
AMM N° 234/14 DMP/2 INN  
6 118000 022787

ADD  
D X E  
L O T  
2 2 2  
0 2 6 0  
1 8 8 2  
0 0 9 2 1

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné Dr. ....  
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à  
Mr(me) HASSAN et lui présenter  
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son  
hospitalisation à la clinique du ..... au .....  
soit la somme de 350 000 Marocain

Fait à Casablanca, le 27/3/23

Signé :

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