

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

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

M23-004204

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3399

Société :

RAT

162874

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARES EDMAINE GHANDI

Date de naissance :

31.07.1960

Adresse :

Logement La Colline 1, n°4, CALIFORNIE
CASABLANCA

Tél :

0661.214935

Total des frais engagés :

657,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL KARDI MOHAMED

Médecin Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Angle Rue Auto Clubs et Rue des Plate Formes 1
Casablanca
Tel: +212 522 031 530 / +212 522 051 531

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20.04.2023

Nom et prénom du malade :

FARES EDMAINE GHANDI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ANXIÉTÉ

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

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 :

Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

FARES EDMAINE GHANDI

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
20/04/13	✓	400 MDS		<i>[Handwritten signature over a blue oval stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Circular stamp: Pharmacie California Casablanca]</i>	20/04/13	257 DAHO IDRASSI

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

Casablanca, le

2010413

For us moderns

S.V

218,00

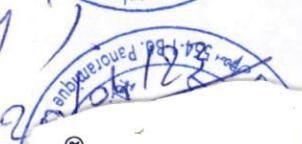
Blixenmix



Maphar
Bd Alkima N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRINTELLIX 5MG CP PELL
B28
P.P.V : 218,00 DH

39.80

Lawyer As



Laroxyl®
Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 12/25
LOT: L4245

$$T = 257,80 \text{ dhs}$$

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 • E-mail : contact@villadeslilas.ma

www.villadeslilas.ma • contact@villadeslilas.ma

www.villadesmas.ma • www.facebook.com/villadesmas

1543