

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

- 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° W21-768051

186600

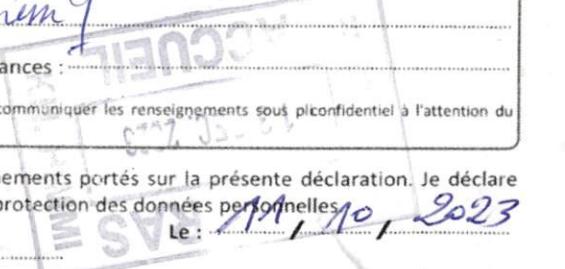
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : RAM	
Matricule : 02659	Pensionné(e) BENZEKRI JAMAL		
<input type="checkbox"/> Actif	Autre : 13/11/1956		
Nom & Prénom : 8 Rue Marsala		Date de naissance : 8 Rue Marsala	
Adresse : 06859 2927		Tél. : 06859 2927 Total des frais engagés : 106,70 DHS	
Dr TYAL M. HACHAM			
Cadre réservé au Médecin Psychiatre Clinique Villa des Lits Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513 Fax : 0522 051 530 INPE : 09157646			
Cachet du médecin :		Date de consultation : 11 Octo 2023	
Nom et prénom du malade : Benzakri Othman		Age : 69 ans	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : SA Depres		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 :

Signature de l'adhérent(e) :

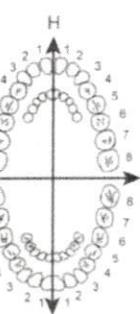
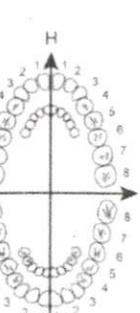
Le : 11/10/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Dr YAHIA M. HACHEM Psychiatre Clinique Villa des Lilas Tél: 01522 051 512 / 01522 051 513 Fax : 0522 051 530 INPE: 091137646
11 OCTO 2023	Consultation psych 51 Vng		500,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2023	606.70

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DEBUT D'EXECUTION																						
				FIN D'EXECUTION																						
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																						
					DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 </td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			G		
					H	25533412	21433552																			
					00000000 00000000																					
					D	00000000	00000000																			
35533411		11433553																								
B																										
G																										
CŒFFICIENT 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 11 octobre 2023

Mr. BENZEKRI OTHMAN

INIDEP 50 MG COMPRIMES

1 cp le matin, 1 cp à midi

ALPRAZ 0,5 MG COMPRIMES

1/4 cp le matin , 1/4 cp à midi ,1/2 cp le soir

AVLOCARDYL COMPRIMES SECABLES

1/4 cp le matin, 1/4 cp le soir

Traitement pendant : 2 Mois

124.90
x 4

35,70 x 3

606,70

Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 530
INPE : 05137646

Pharmacie
HAY Azzeddine
HAY Azzeddine
Mohamed Hay Azzeddine
Tél : 022.62.53.07
Casablanca

Le 11/10/2023 à 17h00

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

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

24,90

24,90

24,90

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

LOT 231383 1

EXP 04 2026

PPV 35.70

LOT 231383 1

EXP 04 2026

PPV 35.70

LOT 230104 1

EXP 12 2025

PPV 35.70