

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENAOUD

KHAZID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : (06) 62-12-58-58

Total des frais engagés : 1156,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

G. BENJELLOUN

Professeur
Pedopsychiatre

Date de consultation : 03/02/2014

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Trouble Pédiopsychiatre

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie : _____

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

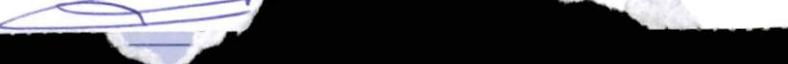
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 78103124

Le : 28/10/2014

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
11/03/2024	Copy		650 DM	Dr BENJELLOUN Professeur en Psychiatrie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Yannick Ismailia	27/03/24	167,00
Dr. TAHRI El M	27/03/24	339,80
Complexe Qualité		132028960
NES - Tel. 05 35 4		
Dr. TAHRI El M		
Complexe Qualité		
NES - Tel. 05 35 4		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Bébéaud Estiva 2 mois

PHARMACIE GARE ROUTIÈRE
Dr. TAHER ET MOKHTAR
EINIES - Tel : 05.35.55.54.74
N°S. : 130292000



~~Prisdal 15480~~ S.B

0,25

0

0,75

RF 8,00

167,00

278,70

~~Prisdal 100 S.B~~

Pharmacie GRANDE GARE

Rue Ibn Sina - Jamaïla N° 5
Meknès - Tél : 05 35 40 44 93



339,80

~~Prisdal 200 S.B x 10 flacons~~

G. BENJELLOUN

Professeur

Pédiatrie et Psychiatrie

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa. Angle rues Anfa Clubs et rue des Plateformes. Casablanca 20200, Maroc
Capital : 10.000.000 Dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 38002344 • CIN : 8596283

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

www.villadeslilas.ma • @cliniquevilladeslilas

W 2 mois. Pédiatrie et Psychiatrie

NOTE D'HONORAIRES

G. BENJELLOUN

Professeur En

Pedopsychiatrie

Je soussigné Dr., Professeur En
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à
Mr(me)..... et lui présenter
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son:
Hospitalisation à la clinique du au,
Consultation du,
soit la somme de **650.00M**

Fait à Casablanca, le

27/03/2024

Signé :

G. BENJELLOUN

Professeur En

Pedopsychiatrie