

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0032688

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M^{me} AA YOOCH NAIMA

Date de naissance : le 11/01/1960 à Casablanca

Adresse : 115, Rue El Fairate - Résidence "LA CASE"

Apt 49 4ème étage - Maarif Casablanca

Tel. Port : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed AGOUB
Professeur de Psychiatrie
TPA - Clinique Villa des Lila
Tél. : 05 22 77 65 63 - 06 63 67 00

Date de consultation : 16 JAN 2020

Nom et prénom du malade : AA YOOCH NAIMA

Age : 59 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : Casablanca

Le : 16/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : AA YOOCH

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
30/12/19	Chm	ans	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/12/19	425,50
	09/12/19	536,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

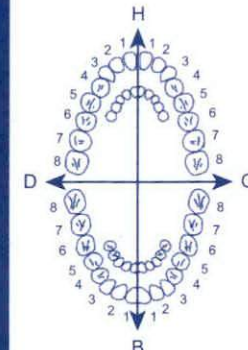
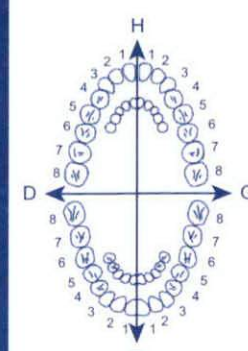
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ **valable 3 mois**

Le 9/12/2015

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr M. AGOUB

Certifie que Mlle, Mme, M. :

AYOUCHE Naïma

Présente

Depression chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3ms renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

voir ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr Mohamed AGOUB
Professeur de psychiatrie
Clinique Ville des Lilas
22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Casablanca, le

8/12/25

Mr. Atyoush Naima

126.2

126100

Zaplex Co

S.V.

$$\overline{28967}$$

1672 and 3570

2135

21 Anxiosa ^(24, 36, 40) ~~Ex~~ ^{Ex} ~~an~~ ^{an} ~~Al~~ ^{Al} ~~oz~~ ^{oz}

36.2 x 3

1

$$f_2 + 159,60$$
$$\frac{2}{2568}$$

31

~~See full~~

75060

26 le 20

4180 4/
425,50

Avlocor

 $\frac{1}{4} -$

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd LEBBAR
pharmacie
Rond Point M

Rond Point Mers Sultan 2000 Casablanca
Tel : 0522 22 11 79 - R.C. Casa : 149684
CNSS : 137641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256
ICE N° : 3000

48,15
Rafael Zayas

Dr. Mohamed AGOUG
Professeur de Psychiatrie
Villa des Lilas



CLINIQUE VILLA DES LILAS SARL • 88-90 Bd de l'Oasis, Quartier Oasis - Casablanca 20410

Capital : 11.000.000 Dh - ICE : 001740813000078 - RC : 358865 - IF : 40238961 - TP : 04752485 - ENSS : 8596283
Tél. : +212 522 77 66 65 à 69 • Fax. : +212 522 25 52 00 • E-mail : contact@villadesillas.ma • Web : www.villadesillas.ma

LOT 181782
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

LOT 181782
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

LOT 181782
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

LOT 181782
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bno al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr ors
Boite de 60
26816 DMP Z1 NSF P.P.V: 150,60 DH
118001 021338

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bno al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr ors
Boite de 60
26816 DMP Z1 NSF P.P.V: 150,60 DH
118001 021338

LOT 182721
EXP 12/2020
PPV 126.00

LOT 182721
EXP 12/2020
PPV 126.00

LOT 181776
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bno al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr ors
Boite de 60
26816 DMP Z1 NSF P.P.V: 150,60 DH
118001 021338

LOT 181780