

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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° M21- 0018774

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AA YOUNCH Naima

Date de naissance : le 11 avril 1960 à Casablanca

Adresse : 115, Résidence "LA CASE" Rue EL FOURATE 4ème étage Apt N° 405 / Médina / Casablanca

Tél. : 05 22 70 76 05 32 Total des frais engagés : 8.800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed AGOUB
Professeur de Psychiatrie
TPA - Clinique Villa des Lilas
Tél. : 05 22 27 66 63 - 06 63 67 94 36

Date de consultation : 4 / 3 / 2021

Nom et prénom du malade : AA YOUNCH Naima Age : 60 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affect. psych.

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

Signature de l'adhérent(e) : AA YOUNCH

Le : 08 / 03 / 2021

3 MARS 2021

ACCUEIL

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
4/3/2021	amb	6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Said LEBBAR Pharmacien Rond Point Mars Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884 NSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34316256 ICE N° : 001897771000045 INPE : 092049261	4/3/2021	266260

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

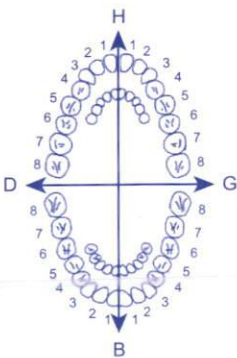
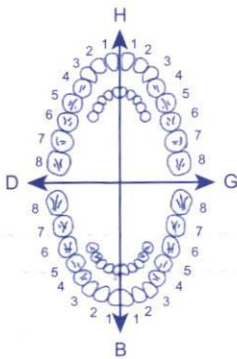
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

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> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Clinique
Villa des Lilas

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd LEBBAR
Pharmacien

Casablanca, le
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256
ICE N° : 001897771000045
INPE : 092049261

4/7/21

126,00 Dhs AA YOUCH - Naima

1/13apile (A'S) 10

(03 écchant: Clonaz
douce pour l.
ne décu E-SCIPÉ+
A0)

1.459,20 Dhs Leanne (A'S)

697,80 Dhs Alphonse (A'S) n Auxw

98,80 Dhs Tancet (A'S)

33,60 Dhs Avlony (A'S) 40

halkes

Clinique Villa des Lilas, Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plateformes 1, Casablanca 20200, Maroc
Capital : 10.000.000 Dh / ICE : 001740813090076 • RC : 358865 • IF : 40253961 • TP : 36002445 CNSS : 8896283
Tél : +212 522 22 11 10 • Fax : +212 522 051 520 • E-mail : contact@villadeslilas.ma

www.villadeslilas.ma • @cliniquevilladeslilas

Total 2.668,60 Dhs

RDV de 07/06/21 à 16h30

LOT 200907 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 200907 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 200907 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 202504 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 200907 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 202504 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 202504 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 200907 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 200907 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT 202504 1
EXP 01/2023
PPV 35,70

LOT: 20E010
PER: 07/2023

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V: 41DH80



LOT: 20E010
PER: 07/2023

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V: 41DH80



LOT 128010
EXP 06/2022
PPV 325,00

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al nouam roches
noires casablanca
SEROQUEL
300mg Cpr ent
Boite de 60
22116 DMP/21/NSF P.P.V: 870,00 DH
6 118001 021321

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al nouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

100mg Cpr ent
Boite de 60
26816 DMP/21/NSF P.P.V: 276,00 DH
6 118001 021307

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al nouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

25mg Cpr ent
Boite de 60
26816 DMP/21/NSF P.P.V: 150,60 DH
6 118001 021338

24,70

24,70

24,70

24,70

24,70

☐ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<i>M. A. G.</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>AA Yousfi Naima</i>
Présente	<i>la touffe sévère de l'oreille</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<i>3 m. renouvelés.</i>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Dr. Mohamed AGBOUB
Professeur de Psychiatrie
Clinique de l'Allal Ben Abdellah
Tél : 0522-22-78-15 / 0522-22-78-18
Fax : 0522-22-78-18