

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 055231

ND: 50919

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1650 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Agnarav Benjemaa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 36 00 19 Total des frais engagés : 90000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 DEC 2020

Nom et prénom du malade : Agnarav Benjemaa Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sd Depressif

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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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
19 DEC 2020	Consultation psy.		350,-	Dr. ITALIENSKI Natacha Psychiatre INPE : 091137646 Tél. : +212 522 05 15 15

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMLIH Rue Toussounso C.I.L - Casab Tel : 05 22 36 47 51</del>	09/12/2020	1690.20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

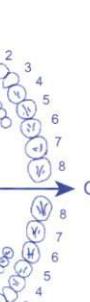
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												

UT. AV :

02 2023

P.P.V

23 10

LOT N° : 1287872

UT. AV : 08 202

P.P.V.  
23 10

LOT N° : 1285058

ique  
des Lila

23,10

23,10

LONGCHAMP  
 TAIZ BENLAMLIH  
 Rue Toubousa C.I.L - Casa  
 Tel : 05 22 36 47 51

09 décembre 2020

**Mlle AGNAOU RHITA**BRINTELLIX 10 MG COMPRIMES PELLICULES

1 cp le matin, 1 cp le soir

411,00  
x4LYSANXIA 10 MG COMPRIMES

1 cp le soir

23,10  
x2

Traitement pendant : 2 mois

169,20

PHARMACIE LONGCHAMP  
 Rayha TAIZ BENLAMLIH  
 Rue Toubousa C.I.L - Casa  
 Tel : 05 22 36 47 51

Dr. TYAL Mohamed Hachem

Psychiatre

INPE : 091137646

Tél. : +212 522 05 15 15

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 BRINTELLIX 10 MG CP PELL  
 B28  
 P.P.V : 411,00 DH



6 118001 184835

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 BRINTELLIX 10 MG CP PELL  
 B28  
 P.P.V : 411,00 DH



6 118001 184835

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 BRINTELLIX 10 MG CP PELL  
 B28  
 P.P.V : 411,00 DH



6 118001 184835

Maphar  
 Km 10, Route Côtier 111,  
 QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
 BRINTELLIX 10 MG CP PELL  
 B28  
 P.P.V : 411,00 DH



6 118001 184835

Clinique Villa des Lila. 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