

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0055409

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3 325 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Tanour Christoph

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/04/2024

Nom et prénom du malade : N. A. A. Age : 79

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Troubles psychiques

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
30/04/2024			3000#	Dr. P. G. H. J. A. R. K.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/04/2024	10890

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

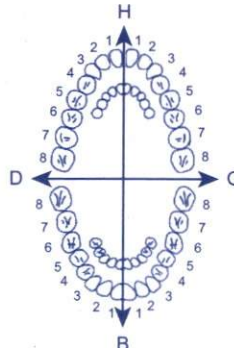
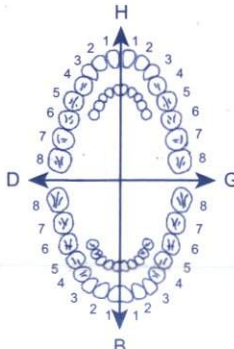
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Psychiatre
Psychiathérapeute**

- Certificat universitaire des thérapies cognitives et comportementales à la faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent à la faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire d'addictologie à la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
 - Formation d'addictologie au centre hospitalier « Esquirol » Limoge – France
 - Ex-Médecin à l'hôpital Arrazi de Salé



الدكتورة ارثيبي هاجر

طبعة اخصانة

ففي الأمراض النفسية والعقلية

- دبلوم جامعي في العلاج المعرفي و السلوكي
- بكلية الطب و الصيدلة بالرباط
- دبلوم جامعي في الصحة النفسية للأطفال و المراهق بكلية الطب و الصيدلة بالرباط
- دبلوم جامعي في الإدمان
- بكلية الطب و الصيدلة بالرباط
- تكوين طبي بمستشفى « إسكبرول » ليموج - بفرنسا
- طبيب/ة باقية بالمستشفى الجامعي الرازي بسلا

Casablanca, le :

الدار البيضاء في :

Casablanca, le : 30/04/2024 : الدار البيضاء في :

74.60x4 = 298.4

Dr. ROUBI HAJAR
Médécine Psychiatrie
N°PE : 101260685

Ha d'chaïj Namour

1) Velader LP 3715 mg

2) Deroscat 20 mg

3) Luzysco 215 mg

108.90

11 de 02 mes

زاوية شارع القدس و شارع يافا ، تجزئة السكن الأنيق 3 ، إقامة Centre Diamand 1 (قرب مخبزة Les quatre cerises)

الطابق الثالث عيادة رقم 9 عين الشق - الدار البيضاء

Tél : 05 22 87 55 99 - E-mail : hajar87rg@gmail.com

ID: 653674R
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

ID: 654319
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 66,50 DH
6 118001 140237

LOZYXA[®] 2,5 mg
Olanzapine bottu
30 Comprimés pelliculés

6 118000 042334

LOZYXA[®] 2,5 mg
Olanzapine bottu
30 Comprimés pelliculés

6 118000 042334

PPV: 106 DH 00
PER: 01/26
LOT: M162-12

PPV: 106 DH 00
PER: 01/26
LOT: M163-1

VELAXOR[®] LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée

6 118001 250660

LOT 1309619
EXP 08/26
PPV 74DH60

VELAXOR[®] LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée

6 118001 250660

LOT 1309619
EXP 08/26
PPV 74DH60

LOT 1309619
EXP 08/26
PPV 74DH60

VELAXOR[®] LP 37,50 mg
30 gélules à libération prolongée

6 118001 250660

LOT 1306456
EXP 08/26
PPV 74DH60

6 118001 250660