

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

3 327

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Tranour

plus de phon

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Dr. RGUIB HAJAR

DR. RGUIB HAJAR  
Médecin : 101240695  
INPE : 101240695

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/2014

Nom et prénom du malade : Kha ddeij 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) : .....

## 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
30/10/14/4046	RGUBHMAJARAN	300.00	300.00	DR.DR.GRG 30/10/14/4046

## 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

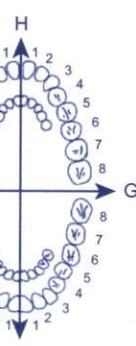
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000.

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



- دبلوم جامعي في العلاج المعرفي والسلوكي
  - بكلية الطب والصيدلة بالرياط
  - دبلوم جامعي في الصحة النفسية للطفل
  - والمهامون بكلية الطب والصيدلة بالرياط
  - دبلوم جامعي في الإدمان
  - بكلية الطب والصيدلة بالرياط
  - تكوين طبي بمستشفى إيسكرويل - ليموج - بفرنسا
  - طبقة ابتدائية بالمستشفى الجامعي الرازي بسلا

الدار البيضاء في : ٣٠/٠٤/٢٠٢٤ Casablanca, le :

A child's drawing of a face with mathematical calculations and text. The face has a blue outline and a pink interior. The text and calculations are as follows:

- Top left:  $74 \cdot 60 \times 4 = 23$
- Top center: Dr. R. GUIBERT HAJAR Médecin Psychiatre N°PE: 10126
- Top right: ha de lais Namaou
- Right side: 21 au 21
- Middle right: Velascer 2 p 37,5 my
- Middle center: (en) vendes x R 37,5 my
- Middle left:  $66,50 \times 9 = 598,50$
- Left side: 2) Derescat 20 my
- Bottom left:  $106 \times 2 = 212,00$
- Bottom center: 3) L'ezysse 2,15 my
- Bottom right: Médecin 2,15 my  
Pau 3 2,15 my  
1 (à 20 h)
- Bottom center: II de 0 2 mes
- Bottom left: 1108,90
- Bottom left: GUIBERT HAJAR Psychiatre N°PE: 260685

زاوية شاد العقدس، و شارع مافا ، تجزئة السكن الأئمة ٣ ، اقامة ١ (Centre Diamond) قرب مخبزة (Les quatre cerises)

الطباق الثالث عادة رقم ٩ عن الشق - الدار البيضاء

Tél : 05 22 87 55 99 - E-mail : hajar87rq@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

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

LOZYXA® 2,5 mg  
Olazapine boîte  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 042334

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

LOZYXA® 2,5 mg  
Olazapine boîte  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 042334

PPV: 106 DH 00  
PER: 10/26  
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 1303619  
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