

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

- 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.

N° W21-775279

36/36

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09633	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAHRI MOHAMED			
Date de naissance : 10.11.1970			
Adresse : 392 EL IKHEIR SIDI MAAROUF CASA			
Tél. : 0665307725 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BAHRI ARWA Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : **CAJA**

Signature de l'adhérent(e) : **Bahri**



Le : **13/03/2023**

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Sara Haffi Orthophoniste n.s.ortho@gmail.com</i>	11/03/2023	<i>Avril 12</i>		<i>30 séances de ostéopathie</i>		<i>30 x 200 = 6000,00 Dh</i>

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'ODDF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	H $\begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array} \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$				
	D  G				
	B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				
	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

Docteur TAZI Najib

LAUREAT DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

PEDIATRIE

NEUROPEDIATRIE ET EPILEPTOLOGIE INFANTILE
EXPLORATION DES DIFFICULTES D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE
(LANGAGE, MOTRICITE ET QUOTIENT INTELLECTUEL)
SPECIALISTE DES MALADIES METABOLIQUES HEREDITAIRES
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE ET POLYGRAPHIE DU SOMMEIL
ELECTRONEUROMYOGRAPHIE (ENMG) INFANTILE
MEMBRE TITULAIRE DE LA LIGUE FRANCAISE CONTRE L'EPILEPSIE
MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE DE NEUROPEDIATRIE
DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DES DIFFICULTES
D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE

Casablanca, le :

الدكتور التازي نجيب



خريج كلية الطب بمعنوبوليه
اختصاصي في طب الأطفال والرضع
استكشاف صعوبات التعلم

(اللغة، المهارات الحركية وحاصل الذكاء)

اختصاصي في الأمراض الوراثية للأيض

والتخطيط الكهربائي للدماغ والأعصاب

و العضلات عند الأطفال

تحليل أمراض النطق والكلام عند الأطفال

عضو الرابطة الفرنسية لمحاربة داء الصرع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأعصاب عند الأطفال

دبلوم جامعي في صعوبات التعلم

31 OCT. 2022

BAZZAR ARWA

30 Oct. 2022
Dr. Tazi Najib



Docteur TAZI NAJIB
NEUROPEDIATRIE
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE
ELECTRONEUROMYOGRAPHIE
N° 3 Galerie Abdelmoumen 2ème Etage
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca - Tél. : 05 22 23 08 05

N° Dossier: 136236 

N° Dossier externe: ACC-09633-07/11/2022

Type de dossier: ORTHOPHONIE 

Bénéficiaire: BAHRI ARWA

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 07-11-2022 

Date de fin: 08-11-2022 

Date de saisie: 07-11-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

[Ajouter](#)

Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
08-11-2022	Manuel	ACC 30 SEANCES ORTHOPHONIE SR PLANNING ET FACTURE MENSUELLE



Mme Haie Sara
Orthophoniste



FACTURE

ARWA BAHRI

FACTURE N°

10/2023

DATE

11/03/2023

ACTE

SEANCES

MOTIF

TROUBLE DU LANGAGE

PRIX UNITAIRE

200 DH x 30 = 6000 DH

PRIX

6000 DH

Arrêtée la présente FACTURE à la somme De : SIX MILLE DIRHAMS EN ESPECE

Sara HAIE
Orthophoniste
GSM: 0674 81 58 50
h.s.ortho@gmail.com



Mme Haie Sara
Orthophoniste

28	01/03/2023
29	04/03/2023
30	08/03/2023

Sara HAIE
Orthophoniste
GSM: 06 71 13 33 50
sarahoc@gmail.com

12	21/12/2022
13	04/01/2023
14	07/01/2023
15	14/01/2023
16	18/01/2023
17	21/01/2023
18	25/01/2023
19	28/01/2023
20	01/02/2023
21	04/02/2023
22	08/02/2023
23	11/02/2023
24	15/02/2023
25	18/02/2023
26	22/02/2023
27	25/02/2023



SARA HAIE
Orthophoniste
GSM: 06 83 65 33
h.s.ortho@gmail.com



Mme Haie Sara
Orthophoniste



Tableau des séances

BAHRI ARWA

*Sara HAIE
Orthophoniste
ESM: 0674 815859
h.sortho@gmail.com*

N° séances	DATE
1	9/11/2022
2	12/11/2022
3	16/11/2022
4	23/11/2022
5	26/11/2022
6	30/11/2022
7	03/12/2022
8	07/12/2022
9	10/12/2022
10	14/12/2022
11	17/12/2022