

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-775279

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09633 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAHRI MOHAMED  
 Date de naissance : 10-11-1970  
 Adresse : 392 EL KHEIR SIDI MAAROUF  
 CASA  
 Tél. : 0665307725 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : BARI ARWA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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 : CASA Le : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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
				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 Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Sara R. Orthophoniste  
06.07.01.55.50  
h.s.ortho@gmail.com

11/03/2023

30 séances de

orthophonie

30 x 200 =

6000,00 €

### 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.

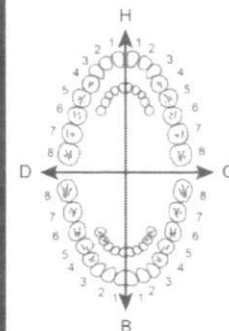
SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

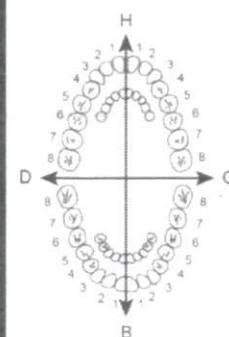
MONTANTS  
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



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 FRANÇAISE CONTRE L'EPILEPSIE

MEMBRE DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE NEUROPEDIATRIE

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DES DIFFICULTES

D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE



# الدكتور التازي نجيب

خريج كلية الطب بمونبيليه

إختصاصي في طب الأطفال والرضع

استكشاف صعوبات التعلم

(اللغة، المهارات الحركية وحاصل الذكاء)

إختصاصي في الأمراض الوراثية للأبيض

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

Casablanca, le : .....

BABY ARWA


30 rue D'Abdelmoumen

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

202, شارع عبد المومن - رواق عبد المومن - الطابق الثاني رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 08 05

202, Bd. Abdelmoumen - Galerie Abdelmoumen 2ème étage - N° 3 - Casablanca - Tél. : 05 22 23 08 05

E-mail : tazi-najib2456@hotmail.com

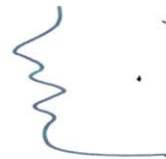
N° Dossier: 136236   
N° Dossier externe: ACC-09633-07/11/2022  
Type de dossier: ORTHOPHONIE   
Bénéficiaire: BAHRI ARWA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 07-11-2022   
Date de fin: 08-11-2022   
Date de saisie: 07-11-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants []

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



## 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

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

Sara HAIE  
Orthophoniste  
GSM: 0672 457 90  
s.haie@orange.fr



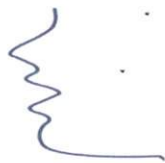


12	21/12/2022
13	04/01/2023
14	07/01/2023
15	14/01/2023
16	18/01/2023
17	21/01/2023
18	25/01/2023
19	28/01/2023
20	01/02/2023
21	04/02/2023
22	08/02/2023
23	11/02/2023
24	15/02/2023
25	18/02/2023
26	22/02/2023
27	25/02/2023

SARA HAIE  
Orthophoniste  
6SM: 06 45 15 15 30  
h.s.ortho@gmail.com



Mme Haie Sara  
Orthophoniste



## Tableau des séances

**BAHRI ARWA**

Sara HAIE  
Orthophoniste  
tél: 0674 61 58 55  
h.s.ortho@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