

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-775269



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

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 LOTISSEMENT EL KHEIR
SIDI MAAROUF CASA**

Tél. :

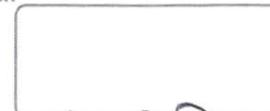
0665 3077 85

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

M. 28.10.2023

Nom et prénom du malade :

BAHRI ARWA

Age : **11**

Lien de parenté :

Lui-même

Soignant

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

13.10.2023

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

Signature de l'adhérent(e) :

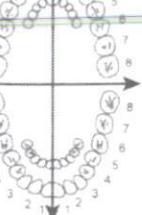
N. Bahr

Le : **11/10/2023**

Autorisation CNDI : N° A.215/2019

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
M. No 836			30000	INP : <i>30000</i>
INPE 091133850				
EXÉCUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date		Montant de la Facture	
PHARMACIE METTAHA 455 Lotissement Kheir Sidi Maârouf Casablanca	10/10/23		3218,90	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (List of treatment types: Masticatoire, Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)	Coefficient (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)												
				INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>												
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Début d'Execution <input type="text"/>												
				Fin d'Execution <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>												
				Montants des Soins <input type="text"/>												
				Date du Devis <input type="text"/>												
				Date de l'Execution <input type="text"/>												

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 MEREDITAIRES

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



الدكتور التازى نجيب

خريج كلية الطب بمونيبولي

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

استكشاف صعوبات التعلم

(اللغة، المهارات الحركية وحصل الذكاء)

اختصاصي في الأمراض الوراثية للأرض

والتحفيظ الكهربائي للدماغ والأعصاب

والعضلات عند الأطفال

تحليل أمراض النطق والكلام عند الأطفال

عضو الرابطة الفرنسية لممارسة داء المصرع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأعصاب عند الأطفال

دبلوم جامعي في صعوبات التعلم

11 OCT. 2023

Casablanca, le :

BAKRI

ARWA

314,0 x 7

①

heffos210

MEFTAH
N° 27
Lotissement
El Kheir
Casablanca
PHARMACIE
Sidi Maârouf



TRAITEMENT
de Trois Mois

50,80 x 8

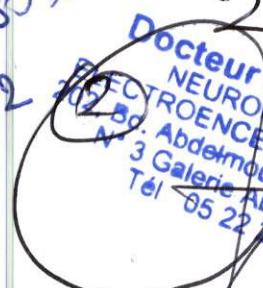
1+100
2
0-
100

TRAITEMENT
de Trois Mois

PHARMACIE MEFTAH
455, Lotissement El Kheir
Sidi Maârouf Casablanca

MEFTAH
N° 27
Lotissement El Kheir
Casablanca

50,80 x 2



Docteur TAZI NAJIB
NEUROPEDIATRIE
ELECTROENCEPHALOGRAPHIE
N° 3 Galerie Abdelmoumen
Tél: 05 22 23 08 05

100
100

TRAITEMENT
de Trois Mois

PHARMACIE MEFTAH
N° 27
Lotissement El Kheir
Casablanca

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

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

E-mail : tazi-najib2456@hotmail.com

③ Nashify / Solti

PHARMACIE MEFTAH
455, Lotissement El Kheir
Sidi Maârouf Casablanca

S.V

$56,10 \times 6$ - 348 - 348 - 348

~~Total: 323,81~~
~~0,6~~

EL KHEIR MEDICAL PHARMACY
455, Lotissement El Kheir
Sidi Maârouf Casablanca
Tél: 05 22 23 08 05
N°: 3, Avenue Abdellatif Zammour
El Kheir Medical Pharmacy
Doktuer TAZI NAJIB

UDNI 1133850 160

INP: 092042050
PHARMACIE MEFTAH
455, Lotissement El Kheir
Sidi Maârouf Casablanca

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65269

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65175

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65288

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65288

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65288

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
6 118000 061144
LOT: 23E003
PER.:06 2024

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
6 118000 061144

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65288

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 314,00 DH
6 118001 142590
ID: 65288

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
6 118000 061144
LOT: 23E002
PER.:06 2024

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
6 118000 061144

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
6 118000 061144
LOT: 23E003
PER.:06 2024

56,10

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Aïn sebaâ Casablanca
DEPAKINE 200mg/ml SOL
BUV FL 40 ml
PPV : 54,80 DH

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Aïn Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE 200MG/ML SOL BUV FL40ML
P.P.V. : 54DH80
6 118001 081059

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
LOT: 23E002
PER.:06 2024

DEPAKINE 57,64 MG/ML
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 50DH80
6 118000 061144

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10

56,10