

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Pathologie 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.

**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



## Déclaration de Maladie : N° P19-0022945

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09633 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHRI MOHAMED Date de naissance : 10-11-1970

Adresse : 398 EL KHEIR SIDI MAAROUF CASA

Tél. : 0665307725 Total des frais engagés : 130,97 Euro Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2 JUN 2019

Nom et prénom du malade :

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 : 20/06/2019

Signature de l'adhérent(e) : A. Bahri



### 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

### 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

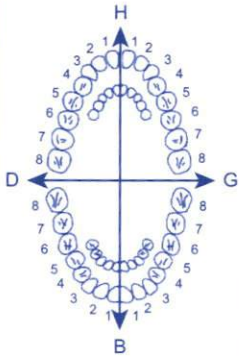
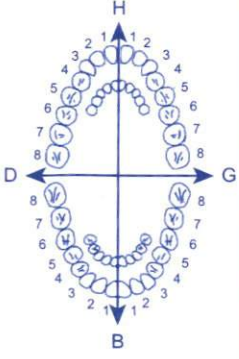
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  D 00000000  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  G 00000000  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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

# Docteur TAZI Najib

LAUREAT DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

## PEDIATRIE

NEUROPEDIATRIE ET EPILEPTOLOGIE INFANTILE

EXPLORATION DES DIFFICULTES D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE

(LANGUAGE, 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



# الدكتور التازي نجيب

خريج كلية الطب بمونبيليه

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

إستكشاف صعوبات التعلم

(اللغة، المهارات الحركية و حاصل الذكاء)

إختصاصي في الأمراض الوراثية الأيض

و التخطيط الكهربائي للدماغ و الأعصاب

و العضلات عند الأطفال

تحليل أمراض النطق و الكلام عند الأطفال

عضو الرابطة الفرنسية لمحاربة داء الصرع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأعصاب عند الأطفال

دبلوم جامعي في صعوبات التعلم

19 JUIN 2019

Casablanca le : .....

BANRE ARWA

keppra Soluto bu

300ml

2 cul chaten  
et 2 cul Solu

**TRAITEMENT**  
**de Trois Mois**

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

202, شارع عبد المومن - رواق عبد المومن - الطابق الثاني رقم 3 - الدار البيضاء  
202, Bd. Abdelmoumen - Galerie Abdelmoumen - 2 ème étage N° 3 - Casablanca  
Tél. : 05 22 23 08 05 / E-mail : tazi-najib2456@hotmail.com



**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

**DR TAH NASSI**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

**BANHI ARWA**

Présente

**épilepsie - fœtus complexe**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

**TRAITEMENT  
de Trois Mois**

**beppo 200 Soluto**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

PHIE ORLY SUD 00306668005  
Caroline IBGHEI  
AEROGARE ORLY SUD  
94542 AEROGARE SUD CEDEX 190  
Tel: 0149757470  
N° SIRET: 43864744800010  
Code NAF: 4773Z - FR04438647448  
FRANCE

Désignation	Code TVA	Qté	PU TTC	Montant TTC
-------------	----------	-----	--------	-------------

Patient: BALIRI A  
Ordonnance 88787

3400937023818	4	2	64,21	128,42
KEPPRA 100MG SOL BUV 300ML			(	109691)
Du(s): 1x				

	4	2	1,02	2,04
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HD7

	4	1	0,51	0,51
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR

Total TTC	130,97
A Payer	130,97

TOTAL A PAYER :	130,97
Montant HT : 128,28	

Code TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	128,276	2,694	130,97

Espèces : 130,97

Le 08/06/2019 à 16h21 Op. : 98 christo

Montants exprimés en Euros

BON VOYAGE  
EQUIPE PHARMACIE ORLY 4  
pharmacieorly4@gmail.com

Ticket 138739/511766

B0106-R1

124/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAMF/AANI  
/2.8.1.2.R3-84/1



**MIXTE**  
Issu de sources  
responsables  
**FSC® C002321**



**EXACOMPTA**  
PARIS



**Bisphenol A  
BPA**



**MIXTE**  
Issu de sources  
responsables  
**FSC® C002321**



**EXACOMPTA**  
PARIS

# Keppra®

**100 mg/ml**

solution buvable  
Lévétiracétam



**4+**

ans

# Keppra®

**100 mg/ml**

solution buvable  
Lévétiracétam



**4+**

ans