

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Education :

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.

Optique :

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

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 : **39 E EL KHEIR SIDI MAAROUF CASA**

Tél. : **06 65 30 77 25** Total des frais engagés : **130,97 Euro** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **1 JUIN 2019**

Nom et prénom du malade : **BAHRI MOHAMED** Age : **49**

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**

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

Le : **20/06/2019**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

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

NEUROPIADIATRIE 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 NEUROPIADIATRIE

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DES DIFFICULTES

D'APPRENTISSAGE SCOLAIRE



الدكتور التازي نجيب

خريج كلية الطب بمونتوبليه

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

استكشاف صعوبات التعلم

(اللغة، المهارات الحركية و حاصل الذكاء)

اختصاصي في الأمراض الوراثية الآيسن

و التخطيط الكهربائي للدماغ والأعصاب

و العضلات عند الأطفال

تحليل أمراض النطق و الكلام عند الأطفال

عضو الرابطة الفرنسية لممارسة داء الصرع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الأعصاب عند الأطفال

دبلوم جامعي في صعوبات التعلم

18 JUIN 2019

Casablanca le

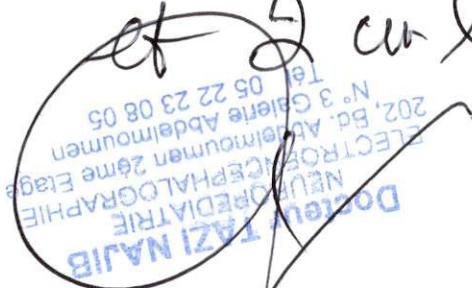
BAHRE ARWA

Keffra Solida HV

300mg

2 ml cr l

chatou Sol



TRAITEMENT
de Trois Mois

202. شارع عبد المؤمن - رواق عبد المؤمن - 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

valable 3 mois

mle 9633

Le ... 19 / JUIN 2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

DR TAH Nogha

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BAAHRI Amina

Présente

épilepsie - facteur complexe

Nécessitant un traitement d'une durée de :

TRAITEMENT

de Trois Mois.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



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	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC
Patient: BALIRI A Ordonnance 88787				
3400937023818 KEPPRA 100MG SOL BUV 300ML	4	2	64,21	128,42
Du(s): 1x			(109691)
Honor. dispens. HD7	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
	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

0% 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