

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.

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 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
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° M20- 0002129

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0359 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHATIR HAMID -
Date de naissance : 1-1-1942
Adresse : 627 HAF FATEH OULFA
Tél. : 0661967509 Total des frais engagés : 4249,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2021
Nom et prénom du malade : CHATIR HAMID Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection neurologique
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 : 2021 La : 2021
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
29/01/2021	C.S.		300.0H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/01/2021	3969.90

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
		AM	PC	IM	IV	

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naila MIDAfi

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil

Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)

Explorations Electroneurophysiologiques

Electroencéphalogramme (EEG)

Electroneuromyogramme (EMG)



الدكتورة نائلة مضافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أخصائية في اضطرابات النوم
الكبار والأطفال

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



(أمراض الصرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الـ
مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

29.04.2021

Mr CHATIR Hamid

1 MADOPAR 250

3/4 comprimé à 8h - 11h - 14h- 17h- 21h pendant 3 mois
A prendre 1h avant le repas,

2 DONZEP 10

1 cp le soir pendant 3 mois

3 NO-DEP 50 MG

1 Cp le matin pendant 3 mois

4 RISPERDONE GT 1 MG

1 cp et demi le soir pendant 3 mois

5 LIXIFOR

1 gel un matin sur 2 pendant 15 jours

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



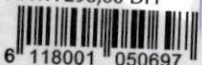
Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



PHARMACIE CHATELAIN
Hay Wajid, 13 N°2
Tél: 05 22 70 93 43 - Casablanca

X1007 1224

LOT PER

Prix **89.50**

3949.90

Sur Rendez-vous

مجمع المعراج، ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء
Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2^{ème} Etage N°26 - Casablanca
Tél : 05 22 86 56 04 - الهاتف - GSM : 06 61 71 09 33 - المحمول - E-mail: nmidafi@gmail.com

LOT 001899 1
EXP 05 2023
PPV 506.00 DH

LOT 001899 1
EXP 05 2023
PPV 506.00 DH

LOT 901578 1
EXP 04 2022
PPV 506.00 DH

LOT: 296
PER: OCT 2022
PPV: 126 DH 80

LOT: 313
PER: DEC 2022
PPV: 126 DH 80

LOT: 313
PER: DEC 2022
PPV: 126 DH 80

LOT: 345
PER: FEV 2024
PPV: 89 DH 00

LOT: 345
PER: FEV 2024
PPV: 89 DH 00

LOT: 345
PER: FEV 2024
PPV: 89 DH 00

LOT: 345
PER: FEV 2024
PPV: 89 DH 00

LOT: 345
PER: FEV 2024
PPV: 89 DH 00

LO: 0000693
EXP: 01/2023
PPV: 154DH00

LOT 0002112
EXP 03/23
PPV 154DH00

LO: 0000693
EXP: 01/2023
PPV: 154DH00

LOT 0002112
EXP 03/23
PPV 154DH00

LOT 0002112
EXP 03/23
PPV 154DH00

imprimés pelliculés

imprimés pelliculés