

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**  
N° M20- 0002129

77099

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 0359      Société: RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre:  
 Nom & Prénom: CHAÏR HAMID  
 Date de naissance: 1.1.1942  
 Adresse: 627 HAF FATEH BOULVA  
 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: CHAÏR 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: 29/06/2021      La: CHAÏR HAMID  
 Signature de l'adhérent(e):



Autorisation CNDP N°: A-A-215 / 2019

**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.

**Biologie 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

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

### 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 de 2021	C.S		300DH	

### 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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																								
		25533412	21433552																							
		00000000	00000000																							
		D		G																						
00000000		00000000																								
35533411		11433553																								
B																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# 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



6 118001 050697

(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



6 118001 050697

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



6 118001 050697

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



6 118001 050697

PHARMACIE CHATIR  
Hay Wajid, 22ème km. 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 وشارع عبد المومن، الطابق الثاني، رقم 26، الدار البيضاء  
Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2<sup>ème</sup> 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 83

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