

# 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.

## 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.

## Éducation :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 058784

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08343 Société : 46348  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZAMAM Mohamed  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0661 183661 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : FATIMA 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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058784

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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 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

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° P19-0035362

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed  
 Date de naissance : 01.01.45  
 Adresse : 252, Bd. Ghandi Résid. Nanning Casablanca  
 Tél. : 06 61 18 36 41 Total des frais engagés : 84 NOV 2021 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales  
 221, Bd. Ghandi, Casablanca  
 Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Mohamed A. Zoukri Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infarctus du myocarde  
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
	C	1	29,91€	221, Bd Zola - Digne - France Tél: 02 91 61 161 3

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE A. T. EFFRY-BELOU & F. LANGEVAL 33 a 03 23 53 12 68 02 2 04 161 3	24/10/2020	129,91€

# 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	

VOLET ADHERENT

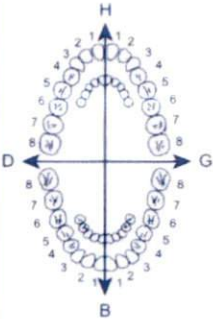
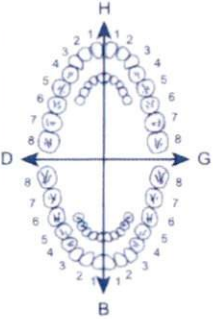
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SAINT GERMAIN  
A.BELOIU-F.RINGEVAL  
33 AVENUE DE REIMS  
02200 VILLENEUVE ST GERMAIN  
Tel: 0323531268  
N° SIRET: 34523270600019  
Code NAF: 4773Z - FR30345232706  
FRANCE  
N° Cpte: 0000079388V

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°1376

Du 24/10/2020

Date de l'échéance 25/10/2020

ZAMANI Mohammed  
soissons  
20530 CASABLANCA

Opérateur: Nicole B

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
TOPALGIC LP 100MG CPR 30 3400934314278 N° Ordonnancier : 1703173	8	7,160	2,10%	58,48
NEURONTIN 300MG-GEL-B/90 3400933790172 N° Ordonnancier : 1703174	3	23,320	2,10%	71,43

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
127,24	2,1% (4)	2,67	129,91
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
127,24		2,67	129,91

Mode(s) de règlement

CB

129,91

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



**Docteur Farid TADLAOUI**

Médecine Générale - Echographie

Nutrition - Diététique - Obésité

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

دكتور فريد التلاوي

لطب العام

لسمنة الحماية نظام التغذية

*Signature*  
- *trava*

Casablanca le : .....

Isopolic 100 (8 folie)  
24✓

M au ly cours

Neurubin 300 (03 folie)  
24✓

PHARMACIE SAINT GERMAIN  
A. THIEFFRY-BELOU et F. RINGEVAL  
33 avenue de Reims  
03 23 53 12 68  
02 2 01 61 3

F. TADLAOUI  
Nutrition - Diététique - Obésité  
221 Boulevard Zerkouni - Casablanca  
05 22 94 13 39 / 06 61 32 99 66

221 شارع الزركطوني - الهاتف : 05 22 94 13 39 - الهاتف المحمول : 06 61 32 99 66

221 BOULEVARD ZERKTOUNI - CASABLANCA - Tél : 05 22 94 13 39 - GSM : 06 61 32 99 66

PC: 03400933790172

EXP: 05/2022  
Lot: DP1215  
SN: 876663077200



**NEURONTIN®**

Gabapentine

**300** mg



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**NEURONTIN + GROSSESSE  
=  
DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**



3400933790172

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE

Exploitant : PFIZER PFE FRANCE

3-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE  
95014 PARIS

PC: 03400933790172

EXP: 05/2022  
Lot: DP1215  
SN: 876663077200



**NEURONTIN®**

Gabapentine

**300** mg



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**NEURONTIN + GROSSESSE  
=  
DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**



3400933790172

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE

Exploitant : PFIZER PFE FRANCE

3-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE  
95014 PARIS

PC: 03400933790172

EXP: 05/2022  
Lot: DP1215  
SN: 876663077200



**NEURONTIN®**

Gabapentine

**300** mg



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**NEURONTIN + GROSSESSE  
=  
DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte, l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique**



3400933790172

Titulaire : PFIZER HOLDING FRANCE

Exploitant : PFIZER PFE FRANCE

3-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE  
95014 PARIS



**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI**

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI**

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI**

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278





**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI** 

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI** 

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI** 

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278





**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI** 

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.** 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI** 

Lot/Exp :

624R02

12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278

