

# 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.

## 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.

## 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

Nº P19- 058784

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08343 Société : *U63UB*

Actif  Pensionné(e)  Autre : *ZAMANI*

Nom & Prénom : *ZAMANI*

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 Nº 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.mupras.com)

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

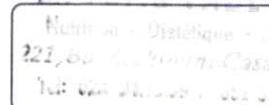
Adresse : 252, Bd. Ghanoui Résid. Naima



Tel. : 06 61 18 36 41 Total des frais engagés : 14 MAY 2020 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Béchir Ben Youssef Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sifilite v/o Jz

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) :



#### **RELEVE 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	2220	222,80 Dijon 1er Janvier 1940 Dr. G. J. L. M. Casabianca / Dr. G. J. L. M. Casabianca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	MAIN Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> A. T. EFFRY-BELON ST F. 33 av. de la Gare 02 200 VILLENEUVE SAINT GEORGES 03 25 53 12 68 02 2 01161 3	MAIN GEVAL 24/10/2020	129,91 €

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### **VOLET ADHERENT**

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

#### **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 de l'ODF.

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

126//1/FACTURATION/FACTURE/AAOh/N/AAOU/N/AAMY/2.12.1.1.R4-121/0/B17/0106-R2 /95036

**Docteur Farid TADLAOUI**

Médecine Générale - Echographie

Nutrition - Diététique - Obésité

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

دكتور فريد التدلاوي

لطب العام

لسمنة الحمية نظام التغذية

Dr Farid  
Tadlaoui

Casablanca le : .....

Popofic 100 (8 fls)

✓ ✓

Ma ou la cours

Neurotut 300 (03 fls)

✓ ✓

0002 100  
47



PHARMACIE SAINT GERMAIN  
PHIEFFRY-BELOU et F. RINGEVAL  
A. THIENNEUVE ST GERMAIN  
33 avrillle 53 12 68  
02200 VILLENEUVE ST GERMAIN  
03 23 53 12 68  
02 20 161 3

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

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

PC: 03400933790172

EXP: 05/2022

Lot: DP1215

SN: 876663077200



# NEURONTIN®

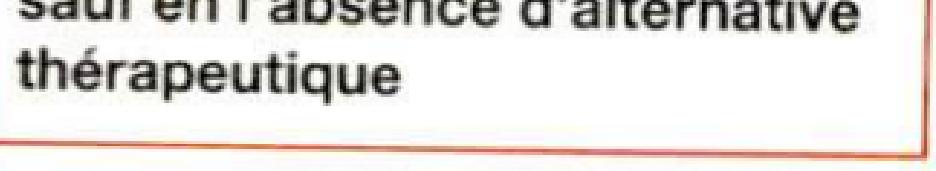
Gabapentine

300 mg

Pfizer

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



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

75014 PARIS

PC: 03400933790172

EXP: 05/2022

Lot: DP1215

SN: 876663077200



# NEURONTIN®

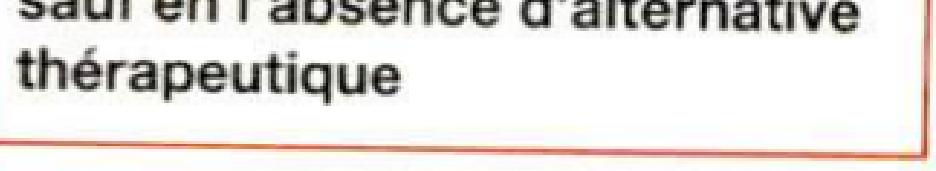
Gabapentine

300 mg



## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



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

75014 PARIS

PC: 03400933790172

EXP: 05/2022

Lot: DP1215

SN: 876663077200



# NEURONTIN®

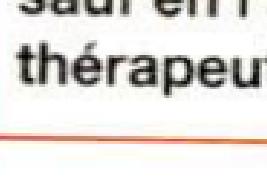
Gabapentine

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

75014 PARIS

**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée

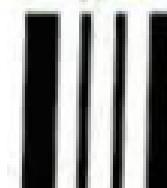


Lot/Exp :

624R02  
12.2024

SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**SANOFI**

**TOPALGIC® L.P.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée

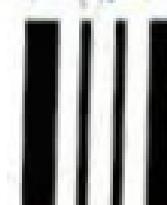


Lot/Exp :

624R02  
12.2024

SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



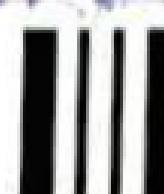
Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI**

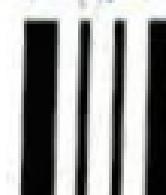
Lot/Exp :

624R02  
12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



**SANOFI**

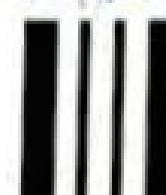
Lot/Exp :

624R02  
12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée

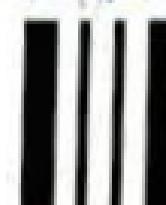


Lot/Exp :

624R02  
12.2024

SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée

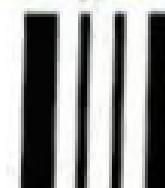


Lot/Exp :

624R02  
12.2024

SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**TOPALGIC® L.R.**

**100 mg**

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



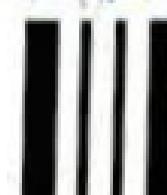
Lot/Exp :

624R02  
12.2024



SN: A0H9HK5285FA5E

CIP 03400934314278



**SANOFI**