

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8343

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ZAMANI

Date de naissance :

Adresse : Châtielle

Tél. : 06 61 18 36 41

Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid TADLAOU

Médecine Générale

Nutrition - Dietétique - Obésité

221, Bd Zerkouni - Casablanca

Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66

Date de consultation : 27/6/2013

Nom et prénom du malade : Mme OUAHI Fatima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : 27/6/2013

Le : 27/6/2013

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0059382

163318-

Optique

Autres

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
2014/10/22	Q	1	200 Dhs	<i>Dr. Farid TADLAOUI Médecine Générale Nutrition - Dietétique - Obésité 22 Bd Zerkouni - Casablanca Tel: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

itaire :

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.

ladie 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

Nº M21- 0059382

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 :

Adresse : habituelle

Tél. : 0661183641 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Farid TADLAOUI
Médecine Générale
Nutrition - Dietétique - Obésité
221, Bd Zerktouni - Casablanca
Tél: 0522 94 13 89 / 0661 32 99 66

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mme BOUAFI Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 M21-059382

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

Matricule : 8343

Nom de l'adhérent(e) : ZAMANI

Total des frais :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1	20000	Dr Farid TADLAOUI Nutrition - Diététique - Obésité Médecine Générale 22 Bd Zirkaïd - Casablanca Tel: 0522 94 13 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	BIEVENUE PHARMACIE DE LA BIENNAVE 75203 Paris 43, avenue du Maine 75015 Paris	Date	Montant de la Facture
22 AVR. 2023		22/04/23	97,24€
Ouvert 7/7 Tel : 01 43 20 95 09 - pharmaciebienvenue@gmail.fr.		8h00 - 21h00 01 43 35 49 23.	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Dentiste et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

Docteur Farid TADLAOUI

Médecine Générale - Echographie

Nutrition - Diététique - Obésité

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

الدكتور فريد التدلاوي

الطب العام

السمنة الحمية نظام التغذية

Le mardi le 20/4/2023
Casablanca le :

Neurorhum 300 (3Bols)
1 CP ✓

Topolp 0 (12Bols)
X Bleus

Dr. Farid TADLAOUI
Médecine Générale
Nutrition - Dietétique - Obésité
221, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél: 0522 94 13 39 / 0661 32 99 66

PHARMACIE MONTPARNasse BIENVENUE
 MONTPARNasse BIENVENUE
 43 AV DU MAINE
 75014 PARIS
 FRANCE
 Tel: 0143209509
 N° SIRET: 40255478600010
 Code NAF: 4773Z - FR14402554786

Page 1 / 1

FACTURE

N°6041/914045

Du 22/04/2023

Date de l'échéance 23/04/2023

ZAMANI Fatima

MAROC CASABLANCA

Prescripteur : TADLAOUI Farid

N° AM : 751999996

Opérateur: - G

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
TRAMADOL SAND LP 100MG CPR 30 3400938398618	PH7	0	5	4,809	2,10%	24,05
N° Ordonnancier : 1038026						
N° Lots : 222841 222841 222841 222841 222519						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	5	0,999	2,10%	5,00
NEURONTIN 300MG GEL B/90 3400933790172	PH7	0	3	17,777	2,10%	53,33
N° Ordonnancier : 1038027						
N° Lots : GJ2769 GJ2769 GJ2769						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	3	0,999	2,10%	3,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDE	HDE	0	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
89,36	2,1% (4)	1,88	91,24
Total HT		Total TVA	Total TTC
89,36		1,88	91,24

Part AMO	0,00	Mode(s) de règlement	Règlements multiples (CB, Remise)	91,24
Part AMC	0,00			
Part Client	91,24			
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

(NF525) 124//1/FACTURATION/FACTURE/IZRQ/N/UEQc/N/clMY/2.14.1.3.R18-157/0/B525/0370-1/538074

NEURONTIN®

300 mg gélule
Gabapentine



PC: 03400933790172

EXP: 02/2025
Lot: GJ2769
SN: 331P49R37W



Boîte de 90 gélules

Voie orale

Gabapentine

gélule 300 mg

NEURONTIN®



NEURONTIN®

300 mg gélule
Gabapentine



PC: 03400933790172

EXP: 02/2025
Lot: GJ2769
SN: 331P49R37W



Boîte de 90 gélules

Voie orale

Gabapentine

gélule 300 mg

NEURONTIN®



Tramadol Sandoz®

L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



30 comprimés pelliculés
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte
et à l'enfant de
plus de 12 ans

SANDOZ A Novartis
Division

ETU-SDZ739-E

Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

30 comprimés pelliculés à libération prolongée

SANDOZ A Novartis
Division



PC : 03400938398618

SN
Lot
EXP10557088337217
222841
04 2025

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol 100 mg
Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.
Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n° 34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**
49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Prescription limitée à 12 semaines.



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE = DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

Tramadol Sandoz®

L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



30 comprimés pelliculés
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte
et à l'enfant de
plus de 12 ans

SANDOZ A Novartis
Division

ETU-SDZ739-E

Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

30 comprimés pelliculés à libération prolongée

SANDOZ A Novartis
Division



PC : 03400938398618

SN
Lot
EXP10557088337217
222841
04 2025

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol 100 mg
Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.
Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n° 34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**
49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Prescription limitée à 12 semaines.



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE = DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

Tramadol Sandoz®

L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



30 comprimés pelliculés
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte
et à l'enfant de
plus de 12 ans

SANDOZ A Novartis
Division

ETU-SDZ739-E

Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

30 comprimés pelliculés à libération prolongée

SANDOZ A Novartis
Division



PC : 03400938398618

SN
Lot
EXP10557088337217
222841
04 2025

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol 100 mg
Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.
Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n° 34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**
49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Prescription limitée à 12 semaines.



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE = DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

Tramadol Sandoz®

L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



30 comprimés pelliculés
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte
et à l'enfant de
plus de 12 ans

SANDOZ A Novartis
Division

ETU-SDZ739-E

Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

30 comprimés pelliculés à libération prolongée

SANDOZ A Novartis
Division



PC : 03400938398618

SN
Lot
EXP10557088337217
222841
04 2025

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol 100 mg
Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.
Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n° 34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**
49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Prescription limitée à 12 semaines.



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE = DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

Tramadol Sandoz®

L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol



30 comprimés pelliculés
à libération prolongée

Voie orale



Réservé à l'adulte
et à l'enfant de
plus de 12 ans

SANDOZ A Novartis
Division

ETU-SDZ739-E

Tramadol Sandoz® L.P. 100 mg

Chlorhydrate de tramadol

30 comprimés pelliculés à libération prolongée

SANDOZ A Novartis
Division



PC : 03400938398618

SN
Lot
EXP10557088337217
222841
04 2025

COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :

Chlorhydrate de tramadol 100 mg
Pour un comprimé pelliculé à libération prolongée.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, POSOLOGIE, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Comprimé à avaler en entier.
Lire la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament autorisé n° 34009 383 986 1 8

Titulaire/Exploitant : **Sandoz**
49, avenue Georges Pompidou
92300 Levallois-Perret

Ce médicament générique remplace :

qui vous a été prescrit par votre médecin.



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I – UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Prescription limitée à 12 semaines.



**CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE = DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.