

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.

Prothésiste :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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- 060775

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8363 Société : 339B

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Z.A.M.A.N.I. med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-060775

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 séries.
- 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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |



Déclaration de Maladie
N° P19-C035363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343

Société : RAM

33915

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI

Mohammed

Date de naissance : 01.01.45

Adresse : 252, Bd Ghandil Resid. Nassima Casablanca

Tél. : 06.61.183641

Total des frais engagés : 129 € + 200 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Numéro : 221, b.d. Zekkouri - Casablanca
Téléphone : 022 94.1... / 061 2...

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age : 21

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

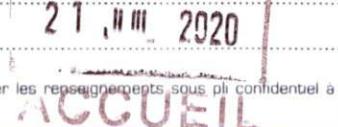
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
C	1	200.-	221, Bd. Zerkn 17 Tél: 622 34 07	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
L'achet 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
		A M	P C	I M	I V	

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.																																																																																																																																																											
	DENTS TRAITÉES <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			NATURE DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			CŒFFICIENT <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																			CŒFFICIENT DES TRAVAUX 	
MONTANTS DES SOINS 																																																																																																																																																											
DEBUT D'EXECUTION 																																																																																																																																																											
FIN D'EXECUTION 																																																																																																																																																											
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX 																																																																																																																																									
		25533412	21433552																																																																																																																																																								
		00000000	00000000																																																																																																																																																								
		<hr/>																																																																																																																																																									
		D	G																																																																																																																																																								
		00000000	00000000																																																																																																																																																								
		35533411	11433553																																																																																																																																																								
		<hr/>																																																																																																																																																									
		B																																																																																																																																																									
		MONTANTS DES SOINS 																																																																																																																																																									
DATE DU DEVIS 																																																																																																																																																											
DATE DE L'EXECUTION 																																																																																																																																																											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																																																																																											

Docteur Farid TADLAOUI

الدكتور فريد التلاوي

Medecine Générale - Echographie

الطب العام

Nutrition - Diététique - Obésité

السمنة الحمية نظام التغذية

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

Spécialisé
en nutrition

Casablanca le :

58,08€

Popofic 100 (8 flaks)

✓
M ou la cons

40,92€

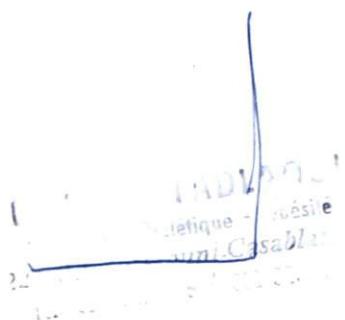
Neurotrin 300 (03 flaks)

✓

Ouvert

Tél. 01 43 20 95 09 - Fax 01 43 23

PHARMACIE N° 11
75
43, avenue
Casablanca
MAROC
NUB



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

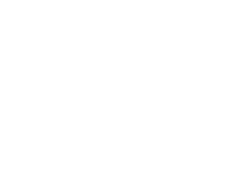
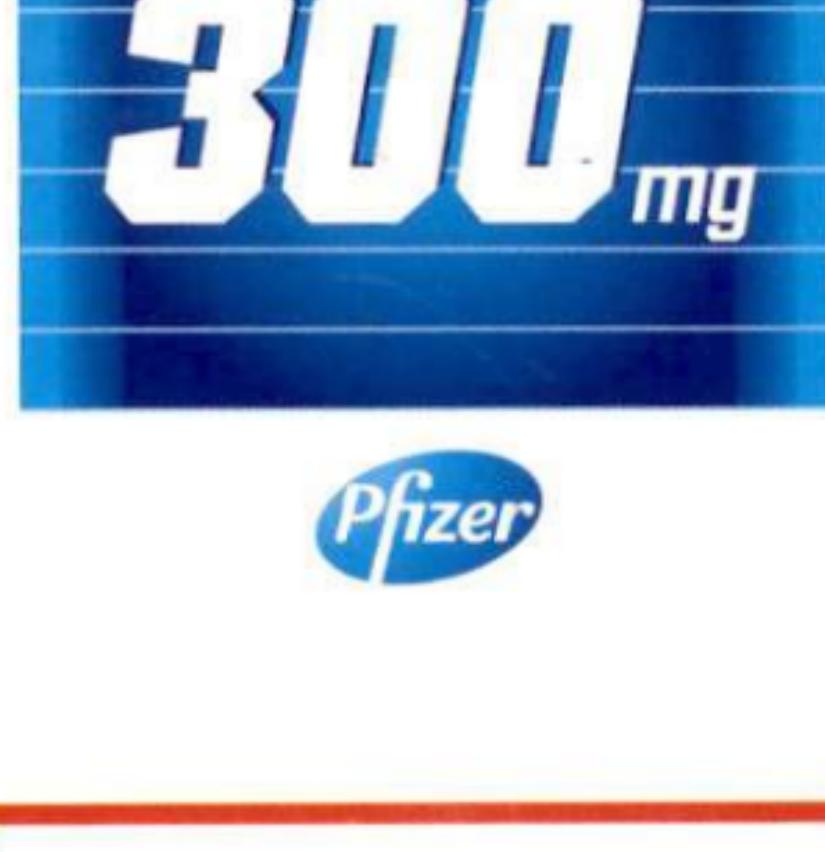
221 BOULEVARD ZERKTOUNI - CASABLANCA - Tél : 05 22 94 13 39 - GSM : 06 61 32 99 66

EXP: 12/2021
 Lot: CW2943
 SN: 690930778847



NEURONTIN®

Gabapentine



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

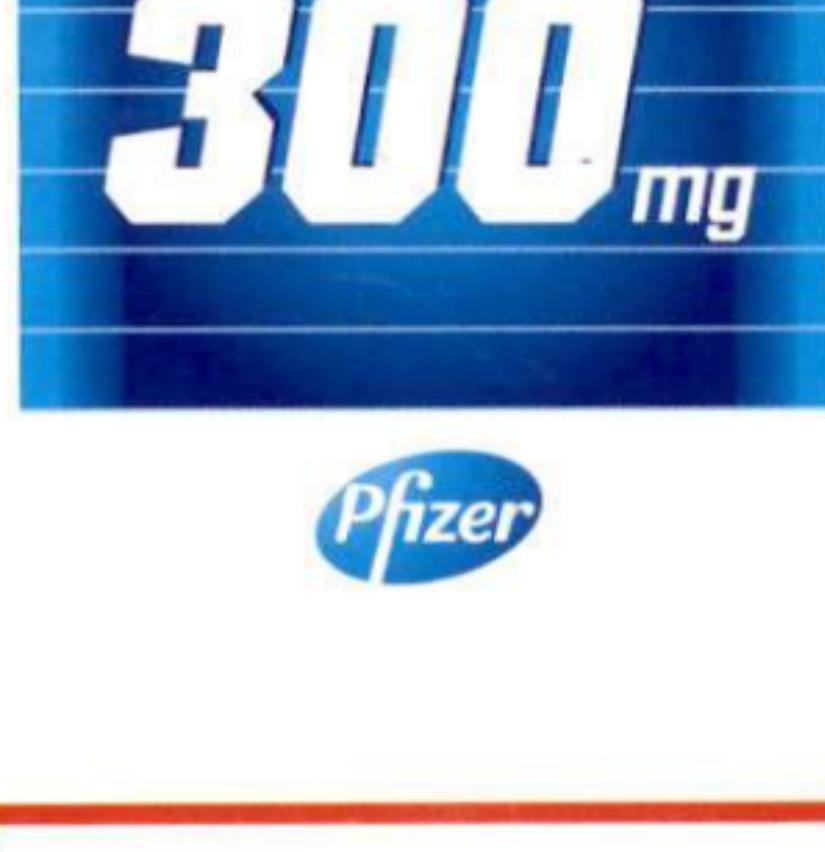
Liste I - Uniquement sur ordonnance

EXP: 12/2021
 Lot: CW2943
 SN: 690930778847



NEURONTIN®

Gabapentine



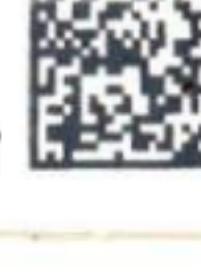
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

EXP: 12/2021

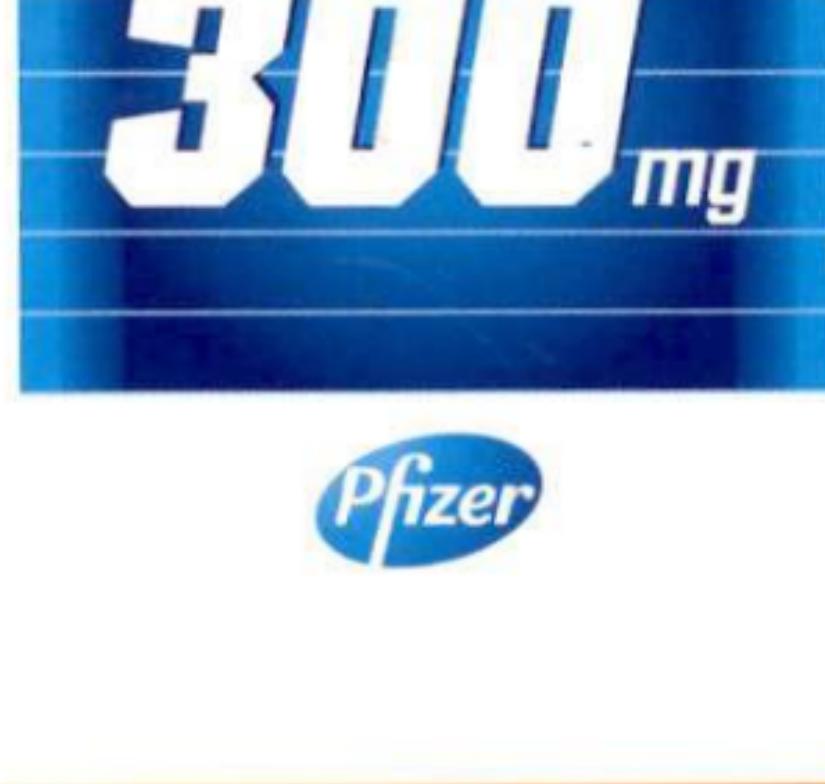
Lot: CW2943

SN: 690930778847



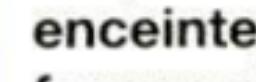
NEURONTIN®

Gabapentine



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

23-25, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE

75014 PARIS

TOPALGIC® LP

200 m

ramado

ole orale

10 comprimés à libération prolongée



09.20

ENR MADE



CH 0340

SANDFISCH



TOPALGIC® LP

卷二

ramado!

voie orale

10 comprimés à libération prolongée



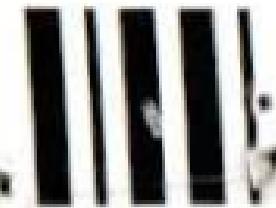
09.202

SN. ADH



CH 0340

SANDFISCH



TOPALGIC® LP

100 m

ramado

ole orale

10 comprimés à libération prolongée



09.20

ENR MADE



CH 0340

SANDFISCH



TOPALGIC® LP

卷二

ramado

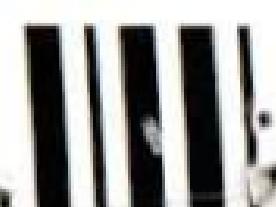
ole orale

10 comprimés à libération prolongée



09.20

ENR/AUGUST 1997



TOPALGIC® LP

卷二

ramado

ole orale

10 comprimés à libération prolongée



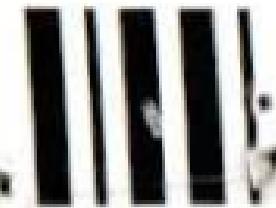
09.201

EN. ADU



CH 0340

SANDFISCH



TOPALGIC® LP

卷二

ramado

ole orale

10 comprimés à libération prolongée



09.20

EN. ADU



CIP U3400 SANOFI



TOPALGIC® LP

卷二

ramado

ole orale

10 comprimés à libération prolongée



09.201

ENR.com



TOPALGIC® LP

100 m

ramado

ole orale

10 comprimés à libération prolongée



09.201

ENR.com



CH 0340

SANDFISCH

