

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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 caractére 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° M21- 0006877

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : 66294

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAMANI

Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661183641

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Aicha FAJIMA 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° M21-006877

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

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

N° P19-0035362/8543

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM Curgers

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed

Date de naissance : 01.01.45

Adresse : 252, Bd. Ghoulia Résid. Namuna C1A

Tel : 06.61.18.36.41 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZAMANI P. TOUNSI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ZAMANI P. TOUNSI

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29.03.2021

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	22,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Saint Martin 37, rue Saint Martin 02200 SOISSONS Tél. 03 23 55 45 56 Fax 03 23 57 21 51	le 04/03/2021	25,92 €
PHARMACIE SAINT GERMAIN A. THIEFFRY-BELOU et F. RINGEVAL 6/1/2021		58,02

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
02200 VILLENEUVE ST GERMAIN 03 29 58 12 68 Mme BAYANE-COUDRAY 15 Grande Rue 02400 CHATEAU THIERS Tél. 03 23 83 00 40 - Fax 03 23 83 00 41 N° IDSS 022012355	10/31/21		58,24
	10/31/21		57,51

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

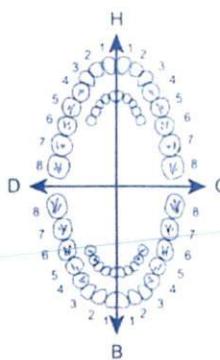
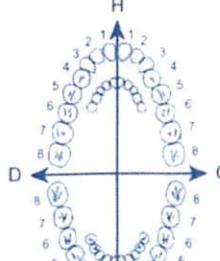
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				

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

*Dr Farid
Casablanca le :*

Popofic 100 (8 fls)
24 ✓

Ma la la cou

Neurutin 300 (03 fls)
24 ✓

3 Neurutin 300 4/1/21



Pharmacie Saint Martin
37, rue Saint Martin 02200 SOISSONS
Tél. 03.23.53.25.56 Fax: 03.23.5972.15
022012587

Tranche 8 boites

EURL Pharmacie Centrale
M^{me} BAYANE-CODRON

15 Grande Rue
02400 CHÂTEAU THIERRY
Tél. 03 23 83 00 40 - Fax 03 23 69 36 72
N° IDSS 02201235.5

Tranche 8 boites

PHARMACIE SAINT GERMAIN
A. THIEFFRY-BELOIU et F. RINGEVAL
33 avenue de Reims
02200 VILLENEUVE ST GERMAIN
03 23 53 12 68
06 2 01161 3

Neurutin 3 Boites

EURL Pharmacie Centrale
M^{me} BAYANE-CODRON

15 Grande Rue
02400 CHÂTEAU THIERRY
Tél. 03 23 83 00 221 Fax 03 23 69 36 72
N° IDSS 02201235.5

*سزارع الزرقطوني - 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*

TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278

SANOFI 

TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278

SANOFI 

TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



Lot/Exp :

624R02
12.2024



SN : 40HE05060R9A8

P 03400934314278

SANOFI 











