

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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° 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 : oum 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° 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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19-C035362/8343

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM Cnleup

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed

Date de naissance : 01.01.45

Adresse : 252, Bd. Ghanouj Résid. Nanina C14

Tél : 06 61183641 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/03/2021

Nom et prénom du malade : Mohamed A. Tene Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Infarctus

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 : 29/03/2021

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	200	

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 59 21 31 P. THIEFFRY-BELOU et F. RINGEVAL	04/03/2021	25,90€
33 avenue de Reims 02200 VILLENEUVE ST GERMAIN Tél : 03 23 59 21 31 M ^{me} BAYANE-CODRON	04/03/2021	58,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10/3/21		58,24
20/3/21		57,51

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, 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
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
				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 التداوي

الطب العام

السمعة الحمية نظام التغذية

Signature

Casablanca le :

Répolfic 100 (8 Boites)

24

M au ly cours

Neurontin 300 (03 Boites)

24

3 Neurontin 300 1/3/21



Pharmacie Saint Martin

37, rue Saint Martin 02200 SOISSONS
Tél : 03.23.53.25.50 Fax : 03.23.59.72.15
022012587

Pharmacie 3 Boites

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

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

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

PHARMACIE SAINT GERMAIN

A. THIEFFRY-BELOIU et F. RINGEVAL

33 avenue de Reims

02200 VILLENEUVE ST GERMAIN

03 23 53 12 68

05 2 01161 3

Neurontin 3 Boites

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

TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278



TOPALGIC® L.P. 100 mg

tramadol

Voie orale

30 comprimés à libération prolongée



SANOFI 

Lot/Exp :

624R02

12.2024

SN: A0HE05060R9AR8

P 03400934314278





Boîte de 90 gélules

Voie orale

Gabapentine

300 mg

gélule

NEURONTIN®



NEURONTIN®
300 mg gélule
Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



EXP:

Lot:

SN:

PC: 03400933790172

06/2022

DN4439

151415910814





NEURONTIN®
300 mg
Gabapentine
Voie orale
Boîte de 90 gélules

gélule



NEURONTIN®

300 mg gélule

Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP:

06/2022

Lot:

DN4439

SN:

151415910814





NEURONTIN®
300 mg
Gabapentine
Voie orale
Boîte de 90 gélules

gélule



NEURONTIN®

300 mg gélule

Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP:

06/2022

Lot:

DN4439

SN:

151415910814





Boîte de 90 gélules

Voie orale

Gabapentine

300 mg

gélule

NEURONTIN®



NEURONTIN®
300 mg gélule
Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP:

06/2022

Lot:

DN4439

SN:

151415910814





Boîte de 90 gélules

Voie orale

Gabapentine

300 mg

gélule

NEURONTIN®



NEURONTIN®
300 mg gélule
Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP:

06/2022

Lot:

DN4439

SN:

151415910814





Boîte de 90 gélules

Voie orale

Gabapentine

300 mg

gélule

NEURONTIN®



NEURONTIN®
300 mg gélule
Gabapentine

Boîte de 90 gélules

Voie orale.

Excipients à effet notoire : lactose.



PC: 03400933790172

EXP:

06/2022

Lot:

DN4439

SN:

151415910814

