

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 | : 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8343

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAMANI

Mohammed

Date de naissance :

Adresse : halitielle

Tél. : 06 611 83641

Total des frais engagés : 100,66 et 200 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid TADLAO
Nutrition - Dietétique - Ouesqué
221, Bd. Zerkoumi-Casablanca
Tél: 022 94.13.99 / 061 32.99

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Francesca Le Roux Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Allergie aux fruits

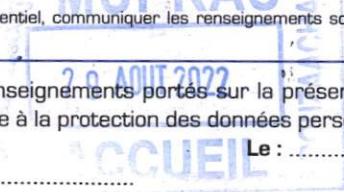
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



20 AOÛT 2022

Le : / /

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
			<i>Loun</i>	<p>D. PATIAD ADLAOUI Nutrition - Diététique - Obésité 221, Bd. Zerktouni-Casablanca Tel: 022 24.13.44 / 061 32.99.66</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

ntente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, ractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

acie :

s vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

rgie et Biologie :

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.

pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

e :

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

ation :

ntente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

ur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

re :

cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

e et Affection Longue Durée ALD et ALC :

éclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

ddresses Mails utiles

clamation : contact@mupras.com

ise en charge : pec@mupras.com

hésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Nº M21- 046376

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8363 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAMANU Mchamane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid Thabet
Nutrition - Diététique - U...
221, Bd. Zerktouni-Casablanca
Tél: 022 24.1.25 / 061 32.25

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Frédéric Le Bruna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie à plusieurs aliments

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 M21-46376

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Actes	Actes	Coefficient	Nom du Praticien des Honoraires	Signature et Date attenant le paiement des Actes
	<i>C 1</i>	<i>200</i>	<i>D. FETTU JADLAOUI</i> <i>Nutrition - Diététique - Obésité</i> <i>227, Bd. Zerkoune-Gasablanca</i> <i>Tel: 022 8413 88 / 061 22.00.00</i>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE - ENTREPENASSE BIENVENUE</i> <i>4 JULI. 2022</i>	<i>16/07/22</i>	<i>160,66 euros</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

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

Le praticien est prie 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		<input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/>
				DATE DU DEVIS
				<input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'I

Docteur Farid TADLAOUI

الدكتور فريد التدلاوي

Médecine Générale - Echographie

الطب العام

Nutrition - Diététique - Obésité

السمنة الحمية نظام التغذية

Diplômé de l'Université Pierre et Marie Curie Paris VI

Dr Farid Tadlaoui

Casablanca le :

1. Wurstsalat 300
2. Popofricken

Md
03 Juin

Dr. Farid TADLAOUI
Nutrition - Dietétique - Obésité
21, Bd. Zerkouni-Casablanca
Tél: 022 44444 / 061 32.99.66

Docteur Farid TADLAOUI

Médecine Générale - Echographie

Nutrition - Diététique - Obésité

Diplômé de l'université Pierre et Marie Curie Paris VI

Dr Farid TADLAOUI

الدكتور فريد التلاوي

الطب العام

المهنة الحمية نظام التغذية

Casablanca le :

1 Neurontin 300
2 Topalgeic 626

MD
03/26

Dr FARID TADLAOUI
Médecine Générale - Obésité
Centre de Nutrition Casablanca
221 شارع الزرقطوني - الهاتف : 05 22 94 13 39 - الهاتف المحمول : 66 66 99 32 22
Montant total : 100,66 Montant A.M.C : 0,00 Montant A.M.D : 0,00
Montant A.M.C : 0,00 Montant A.M.D : 0,00
Ges montants, s'entendront ayant appliqué à la facture. Le cas échéant, le montant assuré : 100,66



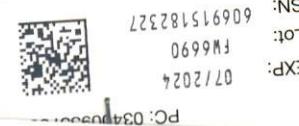
NEURONTIN®

300 mg gélule

Gabapentine
Voie orale

Boîte de 90 gélules

18,15



NEURONTIN®

300 mg gélule

Gabapentine
Voie orale

Boîte de 90 gélules

18,15

221 BOULEVARD ZERKTOUNI - CASABLANCA - Tel : 05 22 94 13 39 - GSM : 06 61 32 99 66
329941339 0522941339 0661329966
Montant total : 100,66 Montant A.M.C : 0,00 Montant A.M.D : 0,00
Montant A.M.C : 0,00 Montant A.M.D : 0,00
Sacharate sociale et indique sur le reçu de prescrition.
de la marchandise devant être livrée à l'adresse indiquée sur le code de prescrition.
Les motifs sont, s'entendent ayant appliqué à la facture. Le cas échéant, le montant assuré : 100,66

ATE DESIGNATION CIP PRI/X/U Baseless HD TXSS

8 TOPALGIC LP 100M 3400934314278 6,26 - 1,02 0

2 NEURONTIN 300MG Dus: 8 Drds: 971604 Lot: 952S03 0,51 0

6 GEL/B/90 Dus: 2 Drds: 971605 Lot: FM6690 1,02 0

1 Honor. dispens.

1 Honor. dispens.

1 HDE

PHARMACIE MONTPARNASSE BIENVENUE
MONTPARNASSE BIENVENUE
43 AV DU MAINE
75014 PARIS
FRANCE

Tel: 0143209509

N° SIRET: 40255478600010

Code NAF: 4773Z - FR14402554786

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
		TVA	TTC	TTC
Patient: ZAMANI Fatima				
Ordonnance 850826				
3400934314278	4	8	6,26	50,08
TOPALGIC LP 100MG			(971604)
Du(s): 8x				
Honor. dispens. HD7	4	8	1,02	8,16
3400933790172	4	2	18,15	36,30
NEURONTIN 300MG GEL B/90			(971605)
Du(s): 2x				
Honor. dispens. HD7	4	2	1,02	2,04
Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDE	4	1	3,57	3,57
Total TTC			100,66	
A Payer			100,66	