

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 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

- 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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-777767

186916

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : RETRAITE

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUYANOUN

Date de naissance : 11-1-1956

Adresse : 9052 2, USASTA N°11A

Tél. : 0602038631 Total des frais engagés : 2895 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Majda BENBOUJDA
Médecin Généraliste
Ak. Atlas Rue Jbei Michlifien
N°318 Casablanca
Tél. 05 22 65 05 31

Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : MARSIL BOUYANOUN Age : 32

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : en 15 DEC. 2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 12023

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

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
09/10/23	U		200,00	INPE: 091239418 Dr. Majda BENBOUHA Médecin Généraliste Av. Atlas Rue Jbel Michlifen N°318 Lissasfa 1 Casablanca Tel: 05 22 65 20 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L. A.U 40 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	09/10/23	1 = 2855,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	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

Docteur Majda Benboujida

Médecin Généraliste
Echographie Générale
Ancienne interne des hôpitaux



الدركتورة ماجدة بنبوجيدة

الطب العام
الفحص بالصدى
طبية سابقا بالمستشفيات

Casablanca, le : 09/10/2023 : الدار البيضاء في

MARSIL - Beyameur

3x154.3

- s - citap 10mg (3 mois)

4286

62
140 Lot Smirada Lissasfa
S.A.R.L. Atlas
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

2 - 0 - 0
- s - citap 100 mg (3 mois)

4320

9x480
- 2 opidol 10mg (3 mois)

4321

0 - 0 - 2

4x148.3

- PRISDAL 10mg (3 mois)

7x289.1

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 239,00 DH



ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 239,00 DH



ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 239,00 DH



ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 239,00 DH



ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 239,00 DH



ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
ou à croquer

Lamotrigine

Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance



**LAMICTAL + GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer,
et sans contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

ppV: 239,00 DH



ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

إسيتاب[®] 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP[®] 10mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118001 151363

CiplaMaroc

30 قرصا ملبسا

LOT: KE20001
PER: NOV 2023
PPV: 154 DH 30

إسيتاب[®] 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP[®] 10mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118001 151363

CiplaMaroc

30 قرصا ملبسا

LOT: KE20001
PER: NOV 2023
PPV: 154 DH 30

إسيتاب® 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés ○



6 118001 151363

CiplaMaroc

30 قرصا ملبسا

LOT: KE20001
PER: NOV 2023
PPV: 154 DH 30

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0204352

2 mg

EXP 08/25

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Risperidone

LOT:0203457

2 mg

EXP 06/25

PPV:148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Risperidone

LOT 0301456

2 mg

EXP 01/26

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Risperidone

LOT 0204352

2 mg

EXP 08/25

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708



PPV :

LOT :

PER :

45,00

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708

V :

OT :

R :

45,00

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708

45,00

PPV :

LOT :

PER :



Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708



PPV :

LOT :

PER :

45,00

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708

V :

OT :

R :

45,00

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708

45,00

PPV :

LOT :

PER :



Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708



PPV :

LOT :

PER :

45,00

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708

V :

OT :

R :

45,00

Zopidox 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 180708

45,00

PPV :

LOT :

PER :

