

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W21-777767

A 86916

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6008

Société : RETRAITÉ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. BOUJANOUSSI

Date de naissance : 11-1-1956

Adresse : QUARTIER LASSASTA M'LAJ

Tél. : 0602038681

Total des frais engagés : 2895 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : MARSIL BENBOUZIDA

Age : 32

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Majda

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) :



ACCUEIL 12/23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A.U 40 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 00	03/10/23	+ = 2855,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
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
		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'ODDF.

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"/>																		
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <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>B</td><td></td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

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



الدكتورة ماجدة بنبوجيدة

الطب العام

الفحص بالصدى

طبية سابقا بالمستشفيات

Casablanca le : ... 09.10.2023 الدار البيضاء في :

MARSIL - B oxyacemur

3x 154,3

- s - citap 10mg (3 mois)

PTM 286

Reflex : 05 22 65 20 07
140 Lot SARANAL
PHARMACIE SARANAL
SARANAL
Lissasa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

62
2
140 Lot SARANAL
PHARMACIE SARANAL
SARANAL
Lissasa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

3x 45,0

- Zepidex HARMACIE SARANAL 3 mois

PTM 432

PTM 432

4x 148,3

- PRISDAL

PHARMACIE SARANAL
SARANAL
140 Lot SARANAL
Lissasa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

PTM 432

PTM 432

= 2895,10

Dr. Majda BENBOUJIDA
Médecin Généraliste
Atlas Rue Jbel Michlif
N° 318 Lissasa 1 Casablanca
05 22 65 05 35

شارع الأطلس، زقة جبل ميشليف، رقم 318، ليساسة 1 (أمام سوق القصب) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 65 05 35

Avenue Atlas, Rue Jabol Michlifen, N° 318 - Lissasa 1 - Casablanca - Tél. : 05 22 65 05 35

Lamictal 100 mg

Lamotrigine

comprimé dispersible

ou à croquer

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

Lamotrigine

comprimé dispersible

ou à croquer

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

Lamotrigine

comprimé dispersible

ou à croquer

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

6 118001140800

ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

Lamictal 100 mg

Lamotrigine

comprimé dispersible

ou à croquer

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

Lamotrigine

comprimé dispersible

ou à croquer

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

Lamotrigine

comprimé dispersible

ou à croquer

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

6 118001140800

ID: 650266

6

Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

اسپیتاب® 10 ملغ

اسپیتاب الوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



30 قرصاً ملبيساً

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

CiplaMaroc

اسپیتاب® 10 ملغ

اسپیتاب الوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



30 قرصاً ملبيساً

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

CiplaMaroc

اسپیتاب® 10 ملغ

اسپیتاب الوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



6 118001 151363

CiplaMaroc

30 قرصاً ملبيساً

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

PRISDAL®

Rispéridone

LOT 0204352

2 mg

EXP 08/25
PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Rispéridone

LOT 0203457

2 mg

EXP 06/25
PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Rispéridone LOT 0301456

2 mg

EXP 01/26
PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Rispéridone

LOT 0204352

2 mg

EXP 08/25
PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale

Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



PPV :

45,00

LOT :

PER :

PPV :

45,00

LOT :

PER :

Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



PPV :

45,00

LOT :

PER :

PPV :

45,00

LOT :

PER :

Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

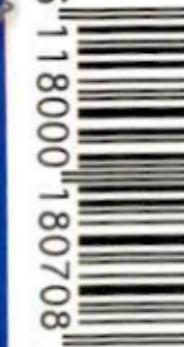
6 118000 180708



Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



Zopidox® 10 mg

20 comprimés pelliculés sécables

6 118000 180708



PPV :

45,00

LOT :

PER :

PPV :

45,00

LOT :

PER :