

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-657556

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6063 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUYANOURN

Date de naissance : 11-1-1956

Adresse : LAYNOUEN Ville 5

Tél. : 0602038681 Total des frais engagés : 3474,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/04/2021

Nom et prénom du malade : BOUYANOURN

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Dépression + Insomnie

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 :

21/04/2021

Autorisation CNDP 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
21/04/2011	consulte		150,00	INP 0912300418 Dr. Majda Ben Médecin Généraliste Rue Jbel Michien Casablanca 1 33 55 05 35

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANTZ S.A.K.L.A. 140 Lot Smiralda Lisasfa Casablanca Tel/Fax : 05 22 85 20 07	21/04/2022	3474,6

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

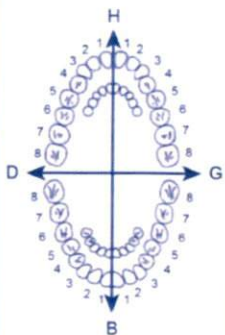
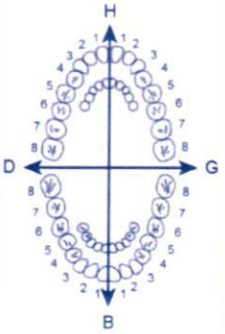
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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 <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



الدرتورة ماجدة بنبوجيدة

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بالمستشفيات

Casablanca, le : 21/04/2022 : الدار البيضاء في :

M^r BOUYAMARN MARSZK

6x177/30

- Satap 10g (3 mo) 26632

6x232/30 Ery le mt - 2884

- Lamictal (3 mo) 2884

6x148/30 Ery le mt - 2884

- Priodal (3 mo) 2884

5x45/30 Ery le mt - 2884

- Zopiclon 10g (3 mo) 2884

3474

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A.U.
140 Lot Smiraida Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. Majda BENEBOUJIDA
Médecin Généraliste
Av. Atlas Rue Jabal Michlifien
N°318 Lissasfa 1 Casablanca
Tél : 05 22 65 05 35

05 22 65 05 35 : الهاتف - الدار البيضاء - (أمام سوق القصب) - ليسانسفة 1 - 318 - زنقة جبل ميشليفن رقم 318 - ليسانسفة 1 - Casablanca - Tél : 05 22 65 05 35
Avenue Atlas, Rue Jabal Michlifien, N°318 - Lissasfa 1 - Casablanca - Tél : 05 22 65 05 35

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: 647620



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: 647620



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: 647620



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: 647620



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: 647620



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: 647620



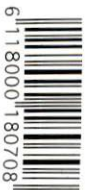
Titulaire/Exploitant

Laboratoire GlaxoSmithKline

23, rue François Jacob - 92500 Rueil-Malmaison
France

١٠مغ
زوبيدوكس
زوبيديم

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pelliculés sécables



عن طريق الفم



20

حبة ملبسة قابلة للكسر



PPV :

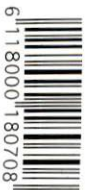
45,00

LOT :

PER :

١٠مغ
زوبيدوكس
زوبيديم

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pelliculés sécables



عن طريق الفم



20

حبة ملبسة قابلة للكسر



PPV :

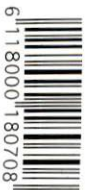
45,00

LOT :

PER :

١٠مغ
زوبيدوكس
زوبيديم

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pelliculés sécables



عن طريق الفم



20

حبة ملبسة قابلة للكسر



PPV :

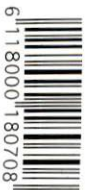
45,00

LOT :

PER :

١٠مغ
 زوبيدوكس
 زولبيديم

Zopidox[®] 10 mg
 20 comprimés pelliculés sécables



45,00

PPV :
 LOT :
 PER :

عن طريق الفم



20

حبة ملبسة قابلة للكسر



Zopidox[®] 10 mg

zolpidem

Voie orale



20

Zopidox[®] 10 mg

zolpidem

20

comprimés pelliculés sécables

S-CITAP[®] 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00055
PER : SEP 2022
PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00055
PER : SEP 2022
PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00055
PER : SEP 2022
PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00055
PER : SEP 2022
PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT : KE00055
PER : SEP 2022
PPV : 154 DH 30

CiplaMaroc



PRISDAL®

Risperidone

LOT 0006301

2 mg

EXP 10/23

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

~~Voie orale~~

Comprimés

Risperidone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

~~Voie orale~~

Risperidone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

~~Voie orale~~

PRISDAL

Risperidone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

~~Voie orale~~

PRISDAL

Risperidone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

~~Voie orale~~

Risperidone

LOT 0104464

2 mg

EXP 07/24

PPV:148DH30

30 comprimés pelliculés

Voie orale