

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



Déclaration de Maladie

N° W21-657546

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : ALCAARIE
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
 Nom & Prénom : BOUYANOURN
 Date de naissance : 12-11-1956
 Adresse : LISSASSA 1 CASABLANCA
 Tél. : 06 02 38 681 Total des frais engagés : 4649,73 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/11/2022
 Nom et prénom du malade : BOUYANOURN Age : _____
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Démenie
 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 : 12/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CHDP 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
21/12/2007			2000	INPE: 090901010 Dr. Maida BENSABIDA Médecin Généraliste Av. Atlas Rue Jbel Michine N°318 Lissasfa 1 Casablanca Tél: 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 140 Lot Smirzaida Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	21/12/07	40450

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 canaux, 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"/>														
		<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>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">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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
طبيبة سابقا بالمستشفيات

Casablanca - le 12/10/2012 : الدار البيضاء في :

M. BOUMOUR
MARSIL

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

500 30
Citap 100mg (3 mois) 358
2 2 matin

614730 2 2 matin
Lamictal 100mg (3 mois) 365
2 2 matin

51450 2 2 matin
Prisdal 2m (3 mois) 3636
2 2 matin

2 2 matin
epidus 100mg (3 mois) 3741

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

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

Dr. Majda BENBOUIDA
Médecin Généraliste
Av. Atlas Rue Jbel Michlifen
N°318 Lissasfa 1 Casablanca
Tél.: 05 22 65 05 35

إسيتاب® 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



6 118001 151363

قرصا ملبسا

CiplaMaroc

LOT: KE00057
PER: SEP 2022
PPV: 154 DH 30

إسيتاب® 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



6 118001 151363

قرصا ملبسا

CiplaMaroc

LOT: KE10096
PER: AOUT 2023
PPV: 154 DH 30

إسيتاب® 10 ملغ

إسيتالوبرام

S-CITAP® 10mg

30 Comprimés pelliculés



6 118001 151363

قرصا ملبسا

CiplaMaroc

LOT: KE10120
PER: SEP 2023
PPV: 154 DH 30

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0104463

2 mg

EXP 07/24

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0106759

2 mg

EXP 11/24

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0104464

2 mg

EXP 07/24

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0104464

2 mg

EXP 07/24

PPV:148DH30

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0104465

2 mg

EXP 07/24

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

PRISDAL®

Risperidone

LOT 0006301

2 mg

EXP 10/23

PPV 288DH00

30 comprimés pelliculés

Handwritten text in Arabic: "مركز توزيع الأدوية" (Drug Distribution Center) and "باصطفا" (By prescription).

93

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pellicules sécables

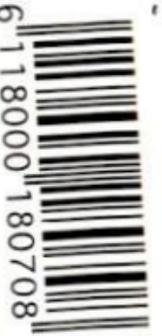


6 118000 180708



PPV : 45,00
LOT :
PER :

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pellicules sécables

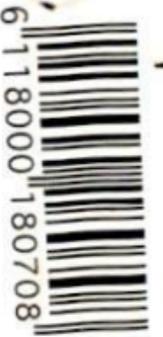


6 118000 180708



PPV : 45,00
LOT :
PER :

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pellicules sécables

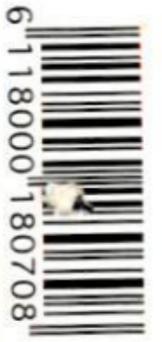


6 118000 180708



PPV : 45,00
LOT :
PER :

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pellicules sécables

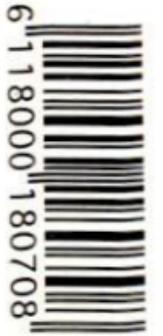


6 118000 180708



PPV : 45,00
LOT :
PER :

Zopidox[®] 10 mg
20 comprimés pellicules sécables



6 118000 180708



PPV : 45,00
LOT :
PER :



**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: 649671



**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: 649671



**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: 649671



**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: 649671



**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: 649671



**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: 649671



**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



9 ID: 649671



**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: 649671



**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



9 ID: 649671



**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



9 ID: 649671



**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: 649671



**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: 649671