

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

- 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

M22- 0036648

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société : ALG 8997
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUYAHIA Abdelaziz
 Date de naissance : 30/09/1949
 Adresse : Résidence Had Amoum Rue Cn 64
 EL BOULFA
 Tél. : 0650393134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.07.2023
 Nom et prénom du malade : LATIF KHATTA
 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Encéphalopathie hypertensive
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca 13/07/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE SARANAZ SARANAZ 140 Lot Sidi Mokrani Casablanca Tél: 05 22 65 20 07</p>	13/07/23	1 = 186,7P

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ SARANAZ 140 Lot Sfarada Lissafa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	13/07/23	1786,7

[illegible]

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	

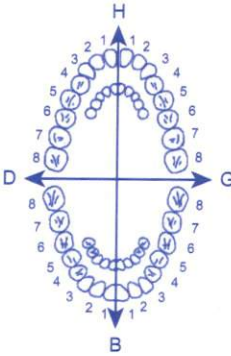
[illegible]

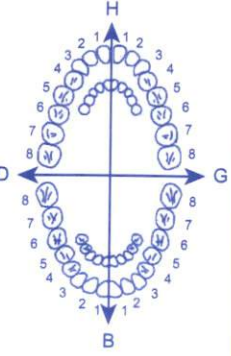
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

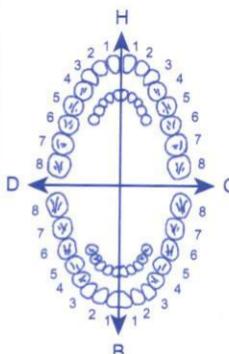
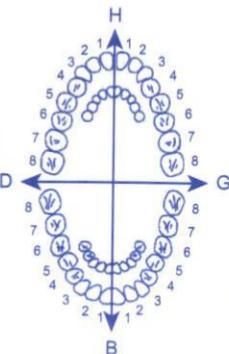
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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		
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>DG</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		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

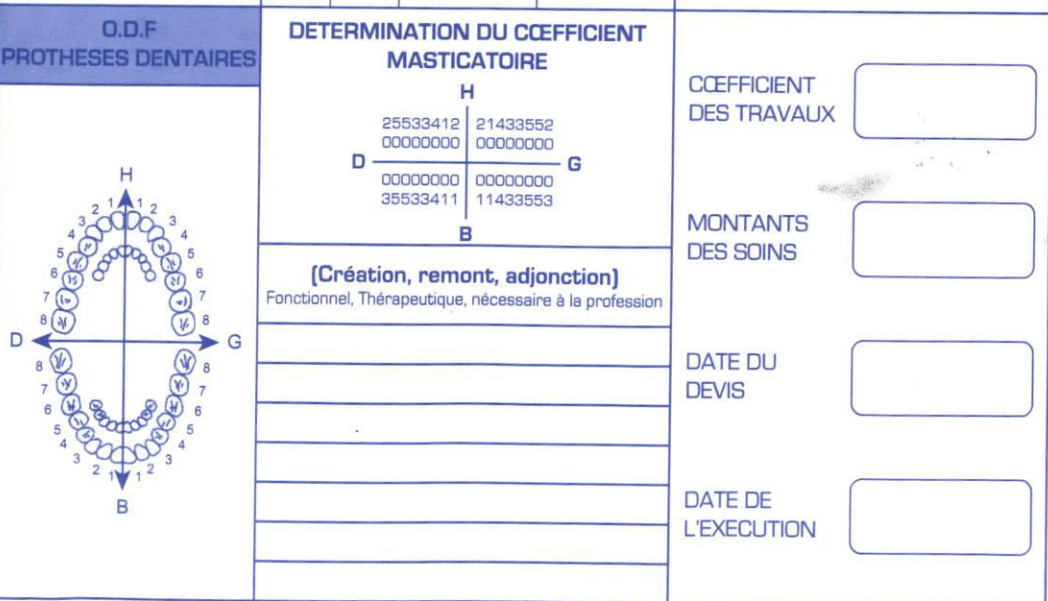
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					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				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <hr/> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				Coefficient DES TRAVAUX <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 <input type="text"/>

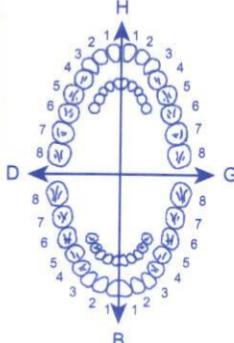
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

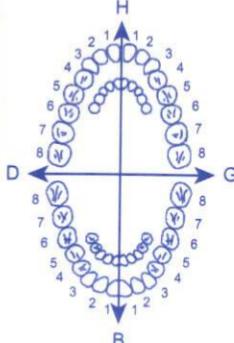
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

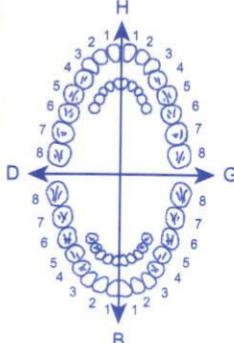
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

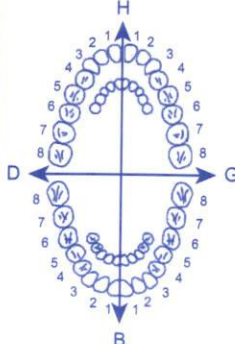
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

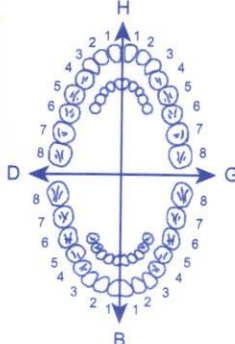
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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
--	---

Ordonnance

Casablanca, le : 13/07/2023

1 = LATI KHARIDA

2/ Laminated 47

21 October 2017

AV to can gl 40.7

4) Thelodine 875

✓ Redigieren ✓

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Lamictal

Lamotrigine

LAMICTAL 2 mg, comprimé dispersible ou à croquer
LAMICTAL 5 mg, comprimé dispersible ou à croquer
LAMICTAL 25 mg, comprimé dispersible ou à croquer
LAMICTAL 50 mg, comprimé dispersible ou à croquer
LAMICTAL 100 mg, comprimé dispersible ou à croquer
LAMICTAL 200 mg, comprimé dispersible ou à croquer

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait vous nuire si vous ne suivez pas les indications de votre médecin.
- Les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Certains effets indésirables peuvent être graves.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
3. Comment prendre LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ

Classe pharmacothérapeutique - code ATC : N03AX09

LAMICTAL appartient au groupe de médicaments appelés *anti-épileptiques*. Il est utilisé pour traiter 2 maladies :

LAMICTAL traite l'épilepsie en bloquant les signaux du cerveau qui déclenchent les crises d'épilepsie (convulsions). Chez les adultes et les enfants âgés de 13 ans et plus, LAMICTAL peut être utilisé seul ou avec d'autres médicaments, pour traiter les crises d'épilepsie. LAMICTAL peut également être utilisé avec d'autres médicaments pour traiter les crises survenant dans une maladie appelée syndrome de Lennox-Gastaut.

Chez les enfants âgés de 2 à 12 ans, LAMICTAL peut être utilisé avec d'autres médicaments, pour traiter les crises d'épilepsie. LAMICTAL peut également être utilisé seul pour traiter un type d'épilepsie appelé crises d'absences typiques.

LAMICTAL traite également les troubles bipolaires.

Les personnes ayant des troubles bipolaires (parfois appelés *maniaco-dépression*) ont des variations de l'humeur (excitation ou euphorie) alternant avec des périodes de dépression (profonde tristesse). Chez les adultes âgés de 18 ans et plus, LAMICTAL peut être utilisé seul ou avec d'autres médicaments, pour traiter les troubles bipolaires. On ne sait pas encore comment LAMICTAL agit dans le cerveau pour avoir cet effet.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer :

- Ne prenez jamais LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer :
- si vous êtes allergique (*hypersensible*) à la lamotrigine ou à l'un des autres composants contenus dans la notice ;
- si vous êtes allergique (*hypersensible*) à la lamotrigine ou à l'un des autres composants contenus dans la notice 6.

Si vous êtes concerné :

→ Parlez-en à votre médecin et ne prenez pas LAMICTAL.

ou à votre pharmacien avant de prendre LAMICTAL :

• Si vous avez des reins

une éruption cutanée après avoir pris de la lamotrigine ou tout autre médicament.

• Si vous avez l'épilepsie

présente une éruption cutanée ou un coup de soleil après avoir pris de la lamotrigine et après exposition au soleil ou de vous protéger contre le soleil (par exemple, utilisation d'un écran solaire et/ou port de vêtements).

- si vous avez déjà développé une *méningite* après avoir pris de la lamotrigine (lisez le descriptif des symptômes dans la rubrique 4 de cette notice : effets indésirables rares)
- si vous prenez déjà un médicament contenant de la lamotrigine
- si vous souffrez du syndrome de Brugada, ou d'autres problèmes cardiaques. Le syndrome de Brugada génétique entraînant une activité électrique anormale du cœur. Ces anomalies de l'électrocardiogramme (ECG), pouvant entraîner des arythmies (rythme cardiaque anormal), peuvent être déclenchées par la lamotrigine. Si vous pensez avoir cette maladie.

Si vous êtes concerné :

→ Parlez-en à votre médecin, il pourrait décider de diminuer la dose ou que LAMICTAL ne vous conviendrait pas.

Informations importantes concernant des réactions pouvant potentiellement mettre en jeu le pronostic vital, qui peut se transformer en problèmes plus graves si elles ne sont pas prises en compte.

Un petit nombre de personnes prenant LAMICTAL présente une réaction allergique ou une réaction cutanée pouvant potentiellement mettre en jeu le pronostic vital, qui peut se transformer en problèmes plus graves si elles ne sont pas prises en compte.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 652285
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 652285
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 652285
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 652285
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 78,10 DH
ID: 652285
6 118001 140817

LOT: 22E009
PER: 10 2025
AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V.: 41DH80
6 118000 010227

LOT: 22E009
PER: 10 2025
AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50
P.P.V.: 41DH80
6 118000 010227

LOT: 064
PER: AUT 2025
PPV: 113 DH 50

LOT: 064
PER: AUT 2025
PPV: 113 DH 50

LOT: 064
PER: AUT 2025
PPV: 113 DH 50

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 230713104025ZA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300714848	LATIFI EP BOUHMIDA K	13/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	16826	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :ZAH.GHA

Handwritten signature and circular stamp with the word "Secr" (Secretary) visible.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 97.038 / 2023 du 13/07/2023

Nom patient : LATIFI EP BOUHMIDA KHADIJA

Entrée 13/07/2023

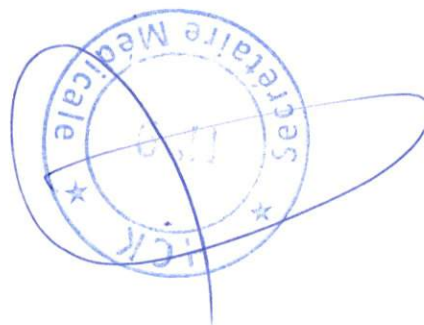
Prise en charge : PAYANTS

Sortie 13/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
BOULEVARD EL KHAYAT EL NOUVEAU
BOULEVARD EL KHAYAT EL NOUVEAU

13/07/23

09:32:42

HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA

A0000000031010

VISA

BOUHMIDA ABDELAZIZ /

439377*****6899

03/26 CARTE NATIONALE

621-0-0000-1-44

Num Commerçant : 2220064

Num TPE : 08173373

Num Transaction : 000002

Num Autorisation : 799269

Num STAN : 016826

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT

Copie client

DEVENEZ COMMERÇANT NAPS

APPELEZ LE 05 22 91 74 74