

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 Bakir 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° W21-777763

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : AN. BENAITA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOHAMED BOUYANOUR

Date de naissance : 11-1-1956

Adresse : LAY ROUW CAS.

Tél. : 0602038681 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Majda BENBOUHDA
Médecin Généraliste
Av. Atlas Rue Joel Michlifen
10318 Lissasfa 1 Casablanca
Tél. : 05 22 65 05 35

Date de consultation : 24/07/2019

Nom et prénom du malade : BOUYANOUR

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Autorisation MDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAZ SARLA-U 40 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	24/07/23	2418,50

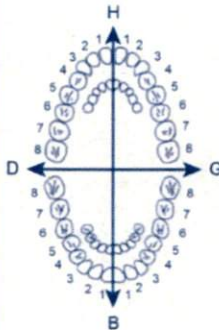
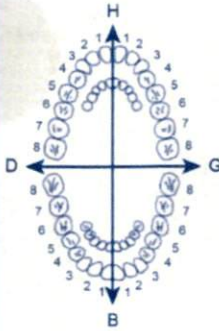
[illegible][illegible]

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	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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	B																											
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(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

Docteur Majda Benboujida

Médecin Généraliste
Echographie Générale
Ancienne interne des hôpitaux



الطبيبة السابقة بالمستشفيات

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيبة سابقا بالمستشفيات

Casablanca, le : 24/07/2013 : الدار البيضاء في :

Mariel Beyamcen

32 154130

- S citap 10 (3 mois)

1-0-1

62 239,00

- Zarnicta 10 (6 mois)

1-0-1

524810

- Topir 10 (5 mois)

0-0-1

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

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

2x 148.3

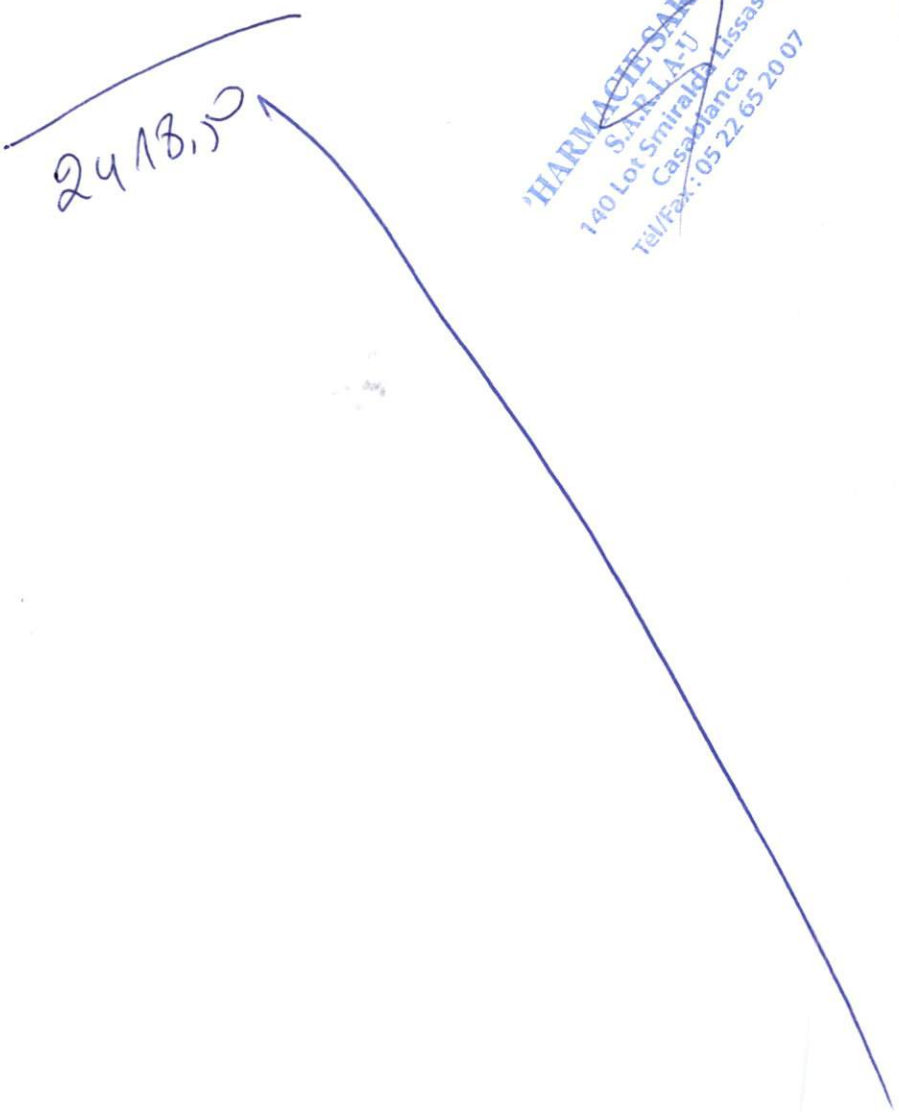


- Prisdal 2 m

3867

24

0-0-1



2418.5

HARMACHE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

SDAL®
LOT 0203456
EXP 06/25
PPV 148DH30

SDAL®
LOT 0203457
EXP 06/25
PPV 148DH30
primés pelliculés

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
lamotrigine qu'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 : 637441

Titulaire/Exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500-Rueil-Malmaison

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
lamotrigine qu'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 : 637441

Titulaire/Exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500-Rueil-Malmaison

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
lamotrigine qu'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 : 637441

Titulaire/Exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500-Rueil-Malmaison

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
lamotrigine qu'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 : 637441

Titulaire/Exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500-Rueil-Malmaison

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
lamotrigine qu'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 : 637441

Titulaire/Exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500-Rueil-Malmaison

Lamictal 100 mg comprimé dispersible
lamotrigine qu'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 : 637441

Titulaire/Exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob - 92500-Rueil-Malmaison

CITALA[®] 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00021
PER: NOV 2021
PPV: 154 DH 30



CITALA[®] 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00021
PER: NOV 2021
PPV: 154 DH 30



CITALA[®] 10 mg

Escitalopram

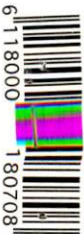
30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00021
PER: NOV 2021
PPV: 154 DH 30



Zopidox  **10 mg**

20 comprimés pelliculés  écabius



PPV :

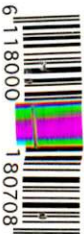
LOT :

PER :

45,00

Zopidox  **10 mg**

20 comprimés pelliculés  écabius



PPV :

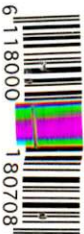
LOT :

PER :

45,00

Zopidox  **10 mg**

20 comprimés pelliculés  écabius



PPV :

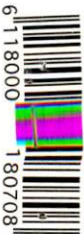
LOT :

PER :

45,00

Zopidox  **10 mg**

20 comprimés pelliculés  écabius



PPV :

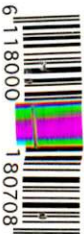
LOT :

PER :

45,00

Zopidox  **10 mg**

20 comprimés pelliculés  écabius



PPV :

LOT :

PER :

45,00