

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.

M22- 0036655

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3047 Société : 179697

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUHMANA ABDELAZIZ

Date de naissance : 30/09/1947

Adresse : Resident en de Attadhaman Rue 6

Tél. : 0650394124 Total des frais engagés : 178854 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSA FAKIR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Encéphalopathie hystéro

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 : Le : 20 OCT. 2023

Praticien : "Praticien" :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/23	CP	300	300	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U 140 Lot Spirala Lissasta Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	10/10/2023	1488,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

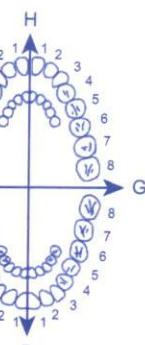
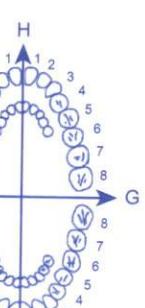
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 - D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

10/10/2023

2x 298,00

Home Latifa Khadija

1) Madoper 250 mg

NS

~~Ustb
NS~~

6x 78,10 1/2 cp x 05/j pdt 03 mois

NS

~~Ustb
NS~~

2) Lamictal 25 mg

2x 140,00 1 cp - 0 - 1 cp pdt 03 mois

NS

3) Sartal 100 mg

3x 173,50 1/4 cp x 03 /j pdt 03 mois

140 mg Casablanca
Tél/Fax: 05 22 45 87
Thérapie 2,5 j.

PHARMACIE SARAFANAS

140 Lot Sartala - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 45 87

5) Theralene 80

1488,70 5 gtt /j le soir pdt 03 mois

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Dr. S. KHABIBI HAMID
Directeur de Spécialité Neurologie
101107692

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca-Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Ivoire 05, Casablanca-Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

al
trigine

imé dispersible ou à croquer
imé dispersible ou à croquer
rimé dispersible ou à croquer
rimé dispersible ou à croquer
comprimé dispersible ou à croquer
né dispersible ou à croquer

ette notice avant de prendre ce médicament car elle conti-
s pourriez avoir besoin de la relire.

s, interrogez votre médecin ou votre pharmacien,
é personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres pe-
sont identiques aux vôtres.

effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou vot-
mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

lé dispersible ou à croquer et dans quels cas est-il
néaire avant de prendre LAMICTAL, comprimé dis-
primé dispersible ou à croquer ?
rentuels ?

comprimé dispersible ou à croquer ?
informations.

imprimé dispersible ou à croquer ET DANS QUELS CAS E

ATC : N03AX09
icaments appelés anti-épileptiques. Il est utilisé pour tra-

lant les signaux du cerveau qui déclenchent les crises d'épilepsie (convulsions).

âgés de 13 ans et plus, LAMICTAL peut être utilisé seul ou avec d'autres médicaments, pour traiter
ement être utilisé avec d'autres médicaments pour traiter les crises survenant dans une maladie
Gastaut.

ans, LAMICTAL peut être utilisé avec d'autres médicaments, pour traiter ces maladies. Il peut être
d'épilepsie appelé crises d'absences typiques.
oubles bipolaires.

artois appelés maniaco-dépression) ont des variations d'humeur extrêmes, avec des
alternant avec des périodes de dépression (profonde tristesse ou désespoir). Chez les
it être utilisé seul ou avec d'autres médicaments, pour prévenir les périodes de dépression
On ne sait pas encore comment LAMICTAL agit dans le cerveau pour avoir cet effet.

A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE LAMICTAL, comprimé dispersible ou à croquer ?
ispersible ou à croquer :

si vous êtes allergique (hypersensitif) à la lamotrigine ou à l'un des autres composants contenu

Ne prenez jamais :

- si vous êtes allergique (hypersensitif) à la lamotrigine ou à l'un des autres composants contenu-
mentionnés dans la rubrique 6.

Si vous êtes concerné :

- Parlez-en à votre médecin et ne prenez
aucun autre médicament, sauf sur ordon-

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID: 653059
PPV: 78,10 DH
6 118001 140817

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID: 653059
PPV: 78,10 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID: 653059
PPV: 78,10 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID: 653059
PPV: 78,10 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID: 653059
PPV: 78,10 DH

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
ID: 653059
PPV: 78,10 DH

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 141.176 / 2023 du 10/10/2023

Nom patient : **LATIFI KHADIJA EP BOUHMIDA**

Entrée 10/10/2023

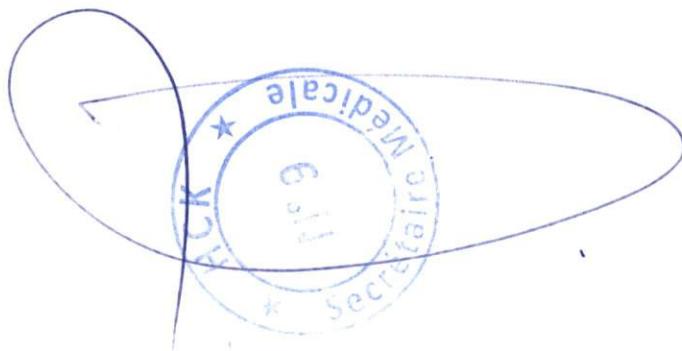
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/10/2023

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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date :

10/10/2013

Quittance - Paiement espèces

0817603

IPP :

N° D'admission : Montant : 300 -

Patient : M. S. L. K. A. G. P. B. O. U. M. I. D. S.

Payé par :

