

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- 0036655

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : 179697
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUHMANA Abdelaziz
 Date de naissance : 30/09/1948
 Adresse : Résidence Attandamon Rue 6
 M. 64 EL OULFA
 Tél. : 0650391134 Total des frais engagés : 278809 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2023
 Nom et prénom du malade : LATITI KHAWA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Encéphalopathie hyper
 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 :
 "érent(e) :

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

10/10/23 CS 300L

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

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

10/10/23 1488,70

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

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

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

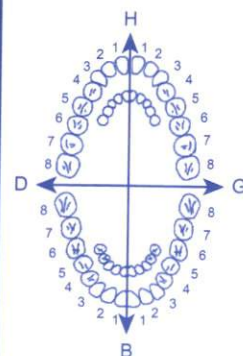
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 10/10/2023

Hme Latifi Khadija

2x 298,00

1) Madopar 250 g



4016
248

6x 78,10 1/2 cp x 05/j° pdh 03 mois

2) Lamictol 25 g



4017
258

2x 4180 1 cp - 0 - 1 cp pdh 03 mois

3) Levodopa 40 g



3x 13350 1/4 cp x 03/j° pdh 03 mois

4) Therapie 2,5 g

PHARMACIE SARANAZ
S.A. SARANAZ - U.S.A.
140 Lot S. Saranaz - Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 45 087

5) Therapie 80

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

FONDATION CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Dr. OUHABI HAMID
Direction de Spécialité - Neurologie
107107602

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Noire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 140817

al
trigine

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah

Noire 05, Casablanca Marina

MADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH

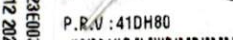


6 118001 050697

AVLOCARDYL 40MG

CP SEC 350

P.R.V. : 41DH80



6 118000 010227

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

LOT : 065

PER : JAN 2026

PPV : 113 DH 50

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

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

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

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

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

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

imé dispersible ou à croquer
imé dispersible ou à croquer
rimé dispersible ou à croquer
rimé dispersible ou à croquer
imé dispersible ou à croquer
imé dispersible ou à croquer

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

ré dispersible ou à croquer et dans quels cas est-il
maître avant de prendre LAMICTAL, comprimé disp
rimé dispersible ou à croquer ?
rentuels ?

comprimé dispersible ou à croquer ?
informations.

rimé dispersible ou à croquer ET DANS QUELS CAS E
ATC : N03AX09

icaments appelés anti-épileptiques. Il est utilisé pour traiter

ant 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.

2 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.

arfois appelés mania-co-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 ?
dispersible ou à croquer :

si vous êtes allergique (hypersensibilité) à la lamotrigine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament

mentionnés dans la rubrique 6.

Si vous êtes concerné :

→ Parlez-en à votre médecin et ne prenez pas de médicaments sans son avis.

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

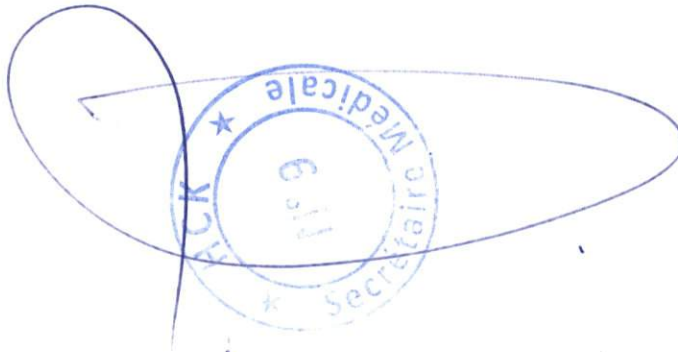
Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE NEUROLOGIE	1,00		300,00	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					Total encaissé	Solde
						300,00





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date :

10/10/2013

Quittance - Paiement espèces

0817603

IPP :

N° D'admission : Montant : 300,00

Patient : BOUMIDA BOUMIDA

Payé par :



Cachet