

# 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

Décompte de nos soins et  
complet 149143

## Déclaration de Maladie : N° S19-00000520

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11049 Société : RAIT

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KAROUI YOUSSEF Date de naissance : 02/11/1963

Adresse :

Tél. : 0707752675 Total des frais engagés : 1901,62 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : CAIT Le : 13.1.02.1.2013

Signature de l'adhérent(e) : Youssef Karoui

### RELEVE 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Décompte de Remboursement**  
**Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : WAFA ASSURANCE

/ 1055 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:

BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM

DATE DE LA DECLARATION : 20/01/2023

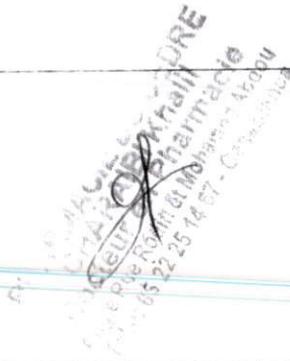
DECLARATION N° : 19232747

/

DATE DE REMBOURSEMENT : 07/02/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
15	Pharmacie	1901.60		1901.60		85.0%	1616.36
	TOTAUX	1901.60		1901.60			1616.36
OBSERVATIONS :							

\* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant 20 JAN. 2023	 	G
Pharmacie 20/01/2023		1501,60 DHS
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS  FACTURE

The diagram illustrates four dental arches labeled H, D, G, and B. Each arch contains numbered teeth (1 through 8) and hatched areas representing denture placement. Arch H shows a partial denture from tooth 1 to 8. Arch D shows a partial denture from tooth 8 to 1. Arch G shows a partial denture from tooth 1 to 8. Arch B shows a partial denture from tooth 1 to 8.

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :	<input type="text"/>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins	<input type="text"/>
Date :	<input type="text"/>
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :	<input type="text"/>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :	<input type="text"/>
Date de l'appareillage	<input type="text"/>

## VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

## ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- **Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- **En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- **Délai de remise des pièces** Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.
- **Protection des données personnelles**

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré /souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

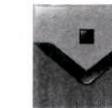
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous évitez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. 31 719 - I.F. 01085-67 ICE. 00008373600004  
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17.99 portant code des assurances  
[www.wafaassurance.ma](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 19232747

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

190 1160 dhs

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : RABAOUA SIHA

20 JAN. 2023

Age

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

DR. A. EL KHALIDY  
Néurologue  
Residence les Fleurs  
59, Bd. Zekouani - Casablanca

malaises

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

20/01/2023

19232747

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

**Dr. EL KHALIDY A. FARID**  
**NEUROLOGUE**

Ancien Maitre Assistant  
 au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "  
 59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63  
 05 22 27 91 37

Casablanca, le :

20 JAN 2023

**الدكتور الخالدي احمد فريد**  
 اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات  
 أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي  
 ابن رشد بالبيضاء  
 «إقامة الزهور»  
 59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

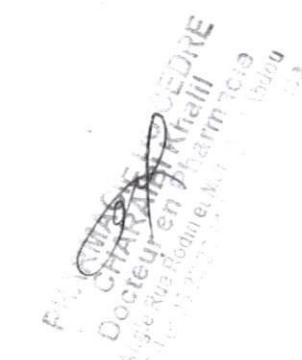
05 22 20 19 63 }  
 05 22 27 91 37 }

Rme RABDOUR SITHA

~~567,000~~ ① Keppra 500  
~~1683,00~~  
 1cp x 2/j

~~41,800~~ ② Avlocoaryl  
~~83,60~~  
 $\frac{1}{4}$  cp à  $\frac{1}{2}$  cp x 2/j

~~23,000~~ ③ Urbanyl  
~~50,5~~  
 $\frac{1}{2}$  cp à 1 cp Jour } en  
~~64,50~~ ④ DiTendo 25mg } cas  
~~1901,60hs~~ 1cp x 4 j } de  
 besoin



Traitement de 03 mois

Notice : information du patient



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH  
ID:650586  
6 118001 142606

Keppra 250 mg comprimé pelliculé

CIB72931B

Notice : information du patient



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00 DH  
ID:651075  
6 118001 142606

CIB72931B

Notice : information du patient



Keppra 250 mg comprimé pelliculé  
Keppra 500 mg comprimé pelliculé

Lévitiracétam

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous ou votre enfant.

- 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 leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Cela s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

#### Qu'est-ce que cette notice?

- Qu'est-ce que Keppra et dans quel cas est-il utilisé?
- Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Keppra?
- Comment prendre Keppra?
- Quels sont les effets indésirables éventuels?
- Comment conserver Keppra?
- Contenu de l'emballage et autres informations

#### 1. Qu'est-ce que Keppra et dans quel cas est-il utilisé?

Le lévitiracétam est un médicament antépileptique (médicament utilisé pour traiter les crises d'épilepsie).

Keppra est utilisé :

- Seul, chez l'adulte et l'adolescent à partir de 16 ans présentant une certaine forme d'épilepsie nouvellement diagnostiquée. L'épilepsie est une maladie où les patients ont des crises répétées (convulsions). Le lévitiracétam est utilisé pour la forme d'épilepsie où les crises n'affectent initialement qu'un seul côté du cerveau, mais qui par la suite pourraient s'étendre à des zones plus larges des deux côtés du cerveau (crise partielle avec ou sans généralisation secondaire). Le lévitiracétam vous a été prescrit par votre médecin afin de réduire le nombre de crises.
- En association à d'autres médicaments antiépileptiques pour traiter :
  - Les crises partielles avec ou sans généralisation chez l'adulte, l'adolescent, l'enfant et le nourrisson à partir de l'âge de 1 mois.
  - Les crises myocloniques (mouvements brefs et saccadiques d'un muscle ou d'un groupe de muscles) de l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans, ayant une épilepsie myoclonique juvénile.
  - Les crises généralisées tonico-cloniques primaires (crises graves avec une perte de conscience) de l'adulte et l'adolescent à partir de 12 ans, ayant une épilepsie généralisée idiopathique (ce type d'épilepsie qui est supposé avoir une cause génétique).

#### 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Keppra?

Ne prenez jamais Keppra

- Si vous êtes allergique au lévitiracétam, aux dérivés de pyrrolidone ou à l'un des autres composants de ce médicament (Listés en rubrique 6).

#### Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin avant de prendre Keppra.

• Si vous souffrez de troubles rénaux, suivez les instructions de votre médecin. Il décidera si

Di-INDO®  
(Indométhacine calcique pentahydrate)

1 - DENOMINATION DU MEDICAMENT  
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30  
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 30  
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 75 mg en boîtes de 30  
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 100 mg en boîtes de 30  
- DI-INDO® Suppositoires  
- DI-INDO® Suspension buvable à 100 mg/ml

PPV 64DH50

AVLOCARDYL®  
PROPRANOLOL  
40 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.  
• 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 leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. • Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Cela s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

AVLOCARDYL®  
PROPRANOLOL  
40 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.  
• 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 leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres. • Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

#### 1. QU'EST-CE QUE AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable E DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient une substance active, le propranolol qui appartient à la famille des bêta-bloquants. Il agit en diminuant la tension artérielle, en réduisant les troubles du rythme cardiaque et en ralentissant le cœur.

- Ce médicament est utilisé principalement : • pour traiter une tension artérielle élevée, • pour éviter des douleurs au niveau de la poitrine (crises douloureuses de l'angine de poitrine), • après une crise cardiaque (infarctus du myocarde), • pour des maladies du cœur et des vaisseaux causées par un taux élevé d'hormones thyroïdiennes dans le sang, • pour traiter certaines maladies du cœur et notamment certains troubles du rythme cardiaque, • pour éviter des migraines, pour traiter certains types de tremblements, • pour éviter de palpitations liées à une situation stressante (tel que le trac), • pour éviter des saignements digestifs chez les personnes qui souffrent d'une maladie grave du foie (cirrhose).

#### 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAIRE AVANT DE PRENDRE AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable ?

Ne prenez jamais AVLOCARDYL 40 mg, comprimé sécable :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la substance active (propranolol) ou à l'un des composants contenus dans ce médicament. Vous trouverez la liste des composants à la section 6. • Si vous êtes asthmatique ou si vous avez un encrochement des bronches et des poumons (bronchopneumopathie chronique obstructive). • Si vous souffrez d'insuffisance cardiaque non contrôlée par un traitement. Si vous avez eu un problème cardiaque grave (choc cardiogénique). Si votre tension artérielle élevée est causée par une maladie d'origine située au-dessus du rein (phéochromocytome non traité). • Si vous souffrez de troubles rénaux, suivez les instructions de votre médecin. Il décidera si

Urbanyl® 10 mg

Clobazam

Comprimé sécable

SANOFI

#### 1 - IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a/ Dénomination

URBANYL 10 mg

b/ Composants

Clobazam

Excipients :

de magnésium

Pour un com

c/ Forme pharmaceutique et présentation

Urbanyl® 10 mg

Clobazam

Comprimé sécable

SANOFI

#### 1 - IDENTIFICATION DU MEDICAMENT :

a/ Dénomination

URBANYL 10 mg

b/ Composants

Clobazam

Excipients :

de magnésium

Pour un com

c/ Forme pharmaceutique et présentation :

Comprimé sécable, boîte de 30.

d/ Classe pharmaco-thérapeutique :

ANXIOLYTIQUE.

Ce médicament appartient à la classe des benzodiazépines.

#### 2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

(Indications thérapeutiques)

Adulte et enfant de plus de 6 ans.

Ce médicament est préconisé :

- dans le traitement de l'anxiété chez l'adulte lorsque celle-ci s'accompagne de troubles gênants,
- en prévention et/ou en traitement des manifestations liées à un sevrage alcoolique chez l'adulte,
- en association à un autre traitement dans l'épilepsie de l'adulte et de l'enfant.

#### 3. ATTENTION !

#### A/ Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament (Contre-indications)

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue à cette classe de produits ou à l'un des composants du médicament,
- insuffisance respiratoire grave,
- syndrome d'apnée du sommeil (pauses respiratoires pendant le sommeil),
- insuffisance hépatique grave,
- myasthénie (maladie caractérisée par une tendance excessive à la fatigue musculaire).

EN CAS D'DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN OU DE VOTRE PHARMACIE