

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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.

### Biologie 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

*Decompte de nouveau statut*  
*84091*

**Déclaration de Maladie : N° S19-0004857**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : *11049* Société : *RA7*

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : *KARROUNI YOUSSEF* Date de naissance : *02/11/1962*

Adresse :

Tél. : *0669 902802* Total des frais engagés : *2613,60* 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 : *CASA* Le : *14/09/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : Wafa ASSURANCE / 8978 / CONTRAT N° : 9000 60 / 648100  
 NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:659  
 BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM DATE DE LA DECLARATION : 03/08/2021  
 DECLARATION N° : 20573910 / DATE DE REMBOURSEMENT : 16/08/2021

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		%	255.00
15	Pharmacie	1813.60		1813.60		%	1541.56
14	Radiologie	500.00		500.00		%	425.00
TOTAUX		2613.60		2613.60			2221.56
OBSERVATIONS :							

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



# 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 : conformité@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 éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

## VOLET DÉTACHABLE

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



تامين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004  
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances  
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 20573910

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 659

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

2613,60 dhs

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

ABDOUL KHALIDY Age

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Epilepsie

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°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGES

03/08/2021

2613,60

20573910



تامين الوفاء  
Wafa Assurance

## VOLET DÉTACHABLE

DEVIS ☐ FACTURE ☐

[illegible]

Diagramme dentaire montrant la disposition des dents naturelles et artificielles pour une prothèse partielle. Les dents naturelles sont indiquées par des hachures et les dents artificielles par des numéros 1 à 8. Les lettres H, B, D et G marquent les points de support ou de transition.

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :

Date :

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :

Date de l'appareillage :



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

Ancien Maître Assistant  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

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

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

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
إبن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59. شارع الزركطوني - الدار البيضاء

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

Casablanca, le :

03 AOUT 2021

Rahma Bilal

Dr. A. EL KHALIDY  
Neurologue  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerktouni - Casa

EEG

- rythme de fond régulier, bien organisé,  $\alpha$  réactif
- $\alpha = 10$  c/s
- HPA et SLI pas effets.
- absence d'anomalies paroxysmiques

Tracé EEG normal

Dr. A. EL KHALIDY  
Neurologue  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerktouni - Casa

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

Ancien Maître 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 :

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

استاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

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

03 AOUT 2021

Rachida Salem

Avlocardyl 40 mg

4180x2  
83,60 1/4 x 5 sa, x 2 p. r.  
1/4 - 0 - 1/4 x 2 p. r.  
1/2 - 0 - 1/4 x 2 p. r.

561x3  
1683,00 1/2 - 0 - 1/2 x 3 p. r.

Keppra 500 mg

23,50x2  
47,00 1 - 0 - 1 x 3 p. r.

Keppra 500 mg (moyenne)

1813,60 1/2 p. r. sa, x 3 p. r.

Dr. A. EL KHALIDY  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerkouni - Casablanca  
PHARMACIE MOHTEHARAHMA 2  
Lot FADAAT AL MOHTEHARAHMA 2  
Tranche I RDC, OULED AZZOUZ  
CASABLANCA - ICE : 002782315000018  
I.F : 50151315 - T.P : 91300452

Dr. A. EL KHALIDY  
Neurologue  
Résidence Les Fleurs  
59. Bd. Zerkouni - Casablanca

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

Ancien Maître Assistant  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “  
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

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

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
إبن رشد بالبيضاء

« إقامة الزهور »

59 . شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

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

Casablanca, le : 03 Aout 2021

N° patente : 34400313  
Bd Abdelmoumen  
RIB 190780212111097734001412  
N° CNSS : 6234083  
Identifiant fiscal : 42000210

**FACTURE**

Nom / Prénom : RABAOUA S. I. H. A. N.  
Consultation : 300 DH  
Electroencéphalographie : 500 DH

Dr. A. EL KHALIDY  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Fleurs  
59, Bd. Zerktouni - Casa



Notice : information du patient

**Keppra**

Keppra 250 mg comprimé pelliculé

Notice : information du patient

**Keppra**

17/01/2024

Notice : information du patient

**Keppra**

Keppra 250 mg comprimé pelliculé  
Keppra 500 mg comprimé pelliculé

lévétiracétam

**veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes sur 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. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir section 4.

**Qu'est-ce que Keppra et dans quel cas est-il utilisé :**

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

**Qu'est-ce que Keppra et dans quel cas est-il utilisé**

Le lévétiracétam est un médicament antiépileptique (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 lévétiracétam 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 lévétiracétam vous a été prescrit par votre médecin afin de réduire le nombre de crises.

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 561,00 DH  
ID: 646971  
118001 142606

تعالني من  
السكر في الدم.

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V : 410DH80  
Lot : 21E004  
PER: 02/2024  
118000 010227

راينو).  
ضغط دم  
تحذيرات

40 ملغ

**أفلوكارديل**

بروبرانولول

تعالني من  
سكر في الدم.

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V : 410DH80  
Lot : 21E004  
PER: 02/2024  
118000 010227

راينو).  
ضغط دم  
تحذيرات

40 ملغ

**أفلوكارديل**

بروبرانولول

**Urbanyl® 10 mg**  
Clobazam

SANOFI

**Urbanyl® 10 mg**  
Clobazam

Comprimé sécable

1 - IDENTIFICATION

a/ Dénomination

URBANYL 10 mg

b/ Composition

Clobazam 10 mg

Excipients : Amidon de maïs, lactose monohydraté, stéarate de magnésium, talc, silice colloïdale anhydre.

Pour un comprimé sécable.

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 MÉDICAMENT ?

(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 ÊTRE UTILISÉ 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 DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

B/ Mises en garde spéciales :

Épilepsie :

En cas d'augmentation de la fréquence des crises ou d'apparition de crises d'un type différent, consulter immédiatement votre médecin.

Si une perte d'efficacité survient lors de l'utilisation répétée du médicament, n'augmentez pas la dose.

Risque de DÉPENDANCE : ce traitement peut entraîner,

يرجى الاطلاع بانتباه على هذه النشرة قبل استعمال هذا الدواء، لأنها تضم معلومات هامة من أجلك.

• احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قراءتها من جديد. • إذا كانت لديك أسئلة أخرى، استفسر لدى الطبيب أو الصيدلي. • لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي. لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرر له. • إذا شعرت بأحد التأثيرات غير المرغوب فيها، أخبر الطبيب أو الصيدلي. وينطبق ذلك على أي تأثير غير مرغوب فيها لم يذكر في هذه النشرة. انظر الفقرة 4.

1. ما هو أفلوكارديل 40 ملغ. أقراص قابلة للكسر وفي أية حالات يستعمل؟ يحتوي هذا الدواء على مادة فعالة بروبيرانولول التي تنتمي إلى فئة حاصرات بيتا. يؤثر بخفض الضغط الشرياني وتقليل اضطرابات النظم القلبي وارتباطاً بالقلب.

يستعمل هذا الدواء أساساً في :  
• علاج الضغط الشرياني المرتفع، • تقادي آلام في الصدر (نوبات مؤلمة للذبحة الصدرية). • بعد نوبة قلبية (احتشاء عضلة القلب). • أمراض القلب والأوعية الناجمة عن نسبة مرتفعة في هرمونات الغدة الدرقية في الدم. • علاج بعض أمراض القلب وخاصة بعض اضطرابات النظم القلبي. • تجنب الصداع النصفي (الشقيقة). • علاج بعض أنواع الاضطرابات، • تقادي خفقان القلب المرتبط بوضعية مرهقة (مثل التوتر). • تجنب النزيف الهضمي لدى الأشخاص المعانين من مرض خطري في الكبد (التليف الكبدي).

2. ما المعلومات اللازم معرفتها قبل استعمال أفلوكارديل 40 ملغ. أقراص قابلة للكسر؟

لا تستعمل أبداً أفلوكارديل 40 ملغ. أقراص قابلة للكسر:

• إذا كانت لديك حساسية (فرط الحساسية) للمادة الفعالة (بروبرانولول) أو لأحد المكونات الأخرى المتوفرة في هذا الدواء. لائحة المكونات مذكورة في الفقرة

6. • إذا كنت تعاني من الربو أو من احتقان القصبات الهوائية والربتين (داء انسداد الرئتين المزمن). • إذا كنت تعاني من قصور قلبي غير متحكم فيه بالعلاج. • إذا كنت تعاني من مشكلة قلبية خطيرة (صدمة قلبية). • إذا كان

الضغط الشرياني المرتفع ناجم عن مرض في الغدة الموجودة فوق الكلية (ورم في الغدة الكظرية غير معالج). • إذا كنت تعاني من شكل من الذبحة الصدرية

المسماة ذبحة برنزميتال (تظهر بالألم في الصدر). • إذا كان قلبك يبطء شديد (أقل من 50.45 دقة في الدقيقة). • إذا كنت تعاني من اضطرابات التوصيل: إحصار أذيني بطيني من الدرجتين الثانية والثالثة، إحصار جيب

أذيني. • إذا كنت تعاني من مشاكل دوران الدم في الأصابع مع التمثل (مرض



















