

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

N° P19- 0045756

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2464 Société : RAM 185774  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DRISSI CHORFI Abdallah  
 Date de naissance : 1949  
 Adresse : Rue 52 maison n° 15 IFRQUIA CASA.  
 Tél. : 0664896489 Total des frais engagés : 2363,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



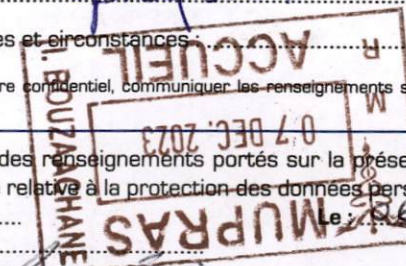
Date de consultation : 07/12/2023  
 Nom et prénom du malade : EL KHARZAR Laidia Age: 63 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Epilepsie  
 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 : CASABLANCA Le 06/12/23  
 Signature de l'adhérent(e) :





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA PATERNITE Mme. MGHABBAR RAJA 8, Bd Abdellah Senhaji Jawadieh - Casablanca Tél : 05 22 291 330	22/6/23	2363.10

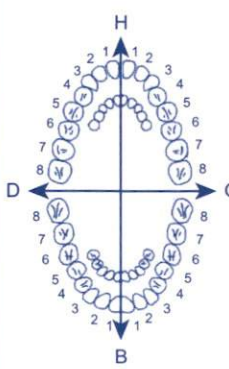
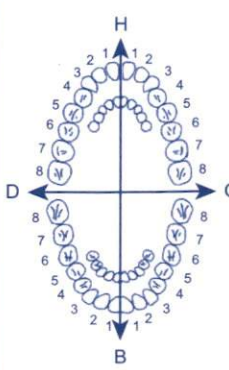
[illegible][illegible]

## 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.

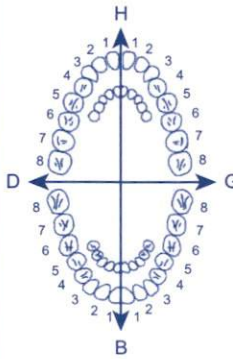
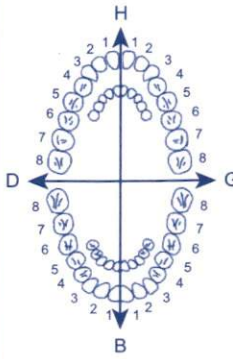
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412    21433552  00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> 00000000    00000000  35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      <b>G</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>					
	[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 Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme ( EEG )

Electromyogramme ( EMG )

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

# الدكتور منير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ ( الشبكة )

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

07.12.2023

Casablanca, le : .....

PHARMACIE DE LA FRATERNITE  
Mme. MGHABBAR KAJA  
88, Bd Abdelah Soumija  
Hay Jawadiah - Casablanca  
Tel : 05 22 291 330

Mme EL KHAZZAR Laidia

793.10



(113.30 x A)

1 DEPAKINE CHRONO 500 mg cp pellic séc LP : B/30

1/2 comprimé le matin, 1 le soir, après le repas, pendant 06 mois.

1570.00

2 KEPPRA 250mg cp pellic : B/60

(314.00 x F)



1 comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 06 mois.

2363.10

Docteur Mounir EZZOUBI

الدكتور منير الزوبي  
Docteur Mounir EZZOUBI  
NEUROLOGUE  
EEG - EMG  
أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux  
Casablanca - Tél: 0522 48 53 61



NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

# Dépakine® Chrono 500 mg,

comprimé pelliculé sécable à libération prolongée  
acide valproïque et valproate de sodium

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Vous pouvez y contribuer en signalant tout effet indésirable que vous observez.

## MISE EN GARDE

**DEPAKINE CHRONO PEUT NUIRE GRAVEMENT À L'ENFANT À NAÎTRE S'IL EST PRIS PENDANT LA GROSSESSE.**

Les enfants exposés *in utero* au valproate présentent un risque élevé de troubles graves du développement (intellectuel et moteur) et du comportement (jusqu'à 30 à 40 % des cas) et de malformations (environ 10 % des cas).

Si vous êtes une fille, une adolescente, une femme en âge d'avoir des enfants :

- votre médecin spécialiste valproate, sauf en cas d'autres traitements ;
- si aucun autre traitement sera prescrit et dispenser un programme de prévention d'éviter toute grossesse.

Si du valproate vous a été prescrit en âge d'avoir des enfants :

- utiliser au moins un traitement par Depakine Chrono. Votre médecin discutera cela avec vous mais vous devez également suivre les conseils donnés à la rubrique 2 de cette notice.
- prendre rendez-vous en urgence avec votre médecin spécialiste si vous envisagez une grossesse ou pensez être enceinte.
- ne pas arrêter de prendre Depakine Chrono sans que votre médecin ne vous l'ait demandé; cela pourrait aggraver la maladie.

Assurez-vous d'avoir lu et compris la brochure d'information patiente et d'avoir signé le formulaire annuel d'accord de qui vous sera remis par votre médecin spécialiste expérimenté dans la prise en charge de l'épilepsie.

Demandez conseil à votre médecin ou pharmacien. Le qui ne pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4

**Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre le 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 votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073  
3. Comment prendre Depakine  
4. Quels sont les effets indésirables  
5. Comment conserver Depakine

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
DEPAKINE CHRONO 500 MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 113,30 DH



traiter la dépression).

