

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.

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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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° P19-0046886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8669 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Tawfik Hicham
Date de naissance : 10/03/1972
Adresse : Hay EL OMARIA IM7328 Rue 1er AIN COTON Casablanca
Tél. : 0673735897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/09/2019
Nom et prénom du malade : Tawfik Abdelhakim Age : 09.17.01.15
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/09/19

75000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

10/09/19

EEG

75000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

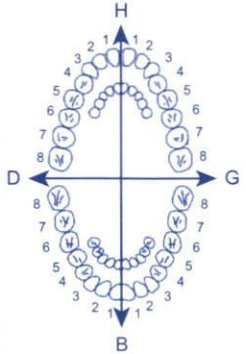
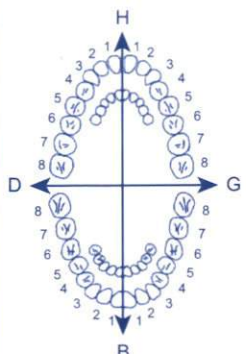
Montant détaillé des Honoraires

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

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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des Travaux
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
35533411	11433553																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins																				
				DATE DU DEVIS																				
				DATE DE L'EXECUTION																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot:

Exp:

CIP: 3400931000679
M8070215
07/2023



nétiqes

scolaires

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00



CCP
CABINET CASABLANCA DE PÉDIATRIE

DEPAKINE®



6 118001 081059

PPV : 58,20 DH

BUY FL 40 ml

DEPAKINE 200mg/ml SOL

Ain sebat Casablanca

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Solution buv

valproate de

200

DEPAKINE®



17,20

Tawfik Abdelhakim

P = gly310

2)- Ry-throctione long

1cp - 1cp - 1cp x 4j

puis 1cp - 2cp - 1cp x 4j

puis 1cp - 2cp - 1cp x 4j

puis 1cp 5j x 4j puis Arrêt

2)- nal sup

1cc 1/2 à 1cc

3)- Ehcal sup

1cc 1/2 à 1cc

4)- Ineximcp long

1sechet 1/2 -

x 4j

Résidence Ibn Rochd (En Face De La Porte Principale Du CHU Ibn Rochd), 4^{ème} Étage, N° 12, Quartier Des Hôpitaux - Casablanca

Tél. : 0522 278 392 / E-Mail : afaf.benitto@gmail.com

العنوان : رقم 12، الطابق 4، إقامة ابن رشد رقم 50، حي المستشفيات (قبالة الباب الرئيسي للمستشفى الجامعي ابن رشد - موريكو) الدار البيضاء

2/- Sachet sachet sang

1 Sachet - = 1 sachet

58,20

3/- Dephane solution de sang

45mg - 7mg - sang } 20ml

108,00 x 2

4/- Topiramide 45mg } 10/01/19

1ml = 1mg

1ml = 1mg

Doser 1ml sang et 1ml lesir

17,20 Akroex 10mg/ml

Doser entre 2ml et 4ml lesir } 16 jours

Puis 1ml lesir 3 fois

Puis 1ml

thru

6/- Valmege 100g

1mg/ml x 3000
7mg/ml x 3000

PHARMACIE CHARM CHEIKH
N° 600 Lots HAMRA 2 AV AL QODS
Ain Chock - Casablanca
GSM: 0522 50 65 10 / 0522 21 02 18

PHARMACIE CHARM CHEIKH
N° 600 Lots HAMRA 2 AV AL QODS
Ain Chock - Casablanca
GSM: 0522 50 65 10 / 0522 21 02 18

PHARMACIE CHARM CHEIKH
N° 600 Lots HAMRA 2 AV AL QODS
Ain Chock - Casablanca
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 Lots HAMRA 2 AV AL QODS
Ain Chock - Casablanca
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

ain
EARCH



Lot:
À consommer de
préférence avant le:
PPC: 84,00 DH

190280
05/2022

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



Lot: 0K1213D

Per: 11/2021

PPV: 108DH00



CCNPP-CABINET CASABLANCA DE PEDIATRIE
ET DE NEUROPEDIATRIE
Dr. BEN ITTO AFAF
Pédiatre - Neuropédiatre
App. N° 12, 4ème Etage, Imm. Ibn Rochd N50°
Casablanca

Rapport EEG :

Nom :	TAWFIK, MOHAMED ABDERRAHMANE	Date enreg. :	
10/09/2019		Médecin :	DR: AFAF BENITTO
Né le :	07/10/2017	Technicien :	MME AMAL HALAFI
Patient n° :		Type d'examen :	
		Origine :	

Remarque :

Medicaments : DEPAKINE; SABRIL

Info clinique :

Commentaires : Syndrome de west,

Nom de fichier : 190910A-D

Dégression des corticoïdes devant une mauvaise tolérance clinique.

Tracé ralenti sur les dérivations antérieures gauches, bonne modulation veille sieste.

Conclusion :

Pas de reprise de l'hypsarythmie, ralentissement gauche.





CCPNP

DR. AFAF BENITTO
PEDIATRE - NEUROPEDIATRE

CACHET ET SIGNATURE

CCPNP
Dr. AFAF BENITTO
Pédiatre-Neuropédiatre
Cabinet Casablanca de Pédiatrie et de Neuropédiatrie
Tel: 0522278392 - E-mail: afafbenitto@gmail.com

CASABLANCA LE 10/09/19

Patente: 36315230

IF: 18737575

FACTURE 313/19

Tawfik Mohamed Abderrahmane

Je soussignée Dr Afaf BENITTO, vous présente mes sincères salutations et ai le plaisir de confirmer par la présente, la réalisation du geste suivant au sein du cabinet:

- ☒ Electroencéphalogramme.
- ☐ Electroencéphalogramme prolongé.
- ☒ Consultation neuropédiatrique.
- ☐ Consultation pédiatrique,

Geste pour lequel a été perçu le montant suivant:

#750# Dhs.

#300# Dhs.

En vous remerciant pour votre confiance

