

# 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.

## Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 052241

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 104.11. .... Société : 000-31771

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. ALLAL BEN ABDELLAH

Date de naissance : 25/06/1961

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-052241

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 14 15 16 HAUT 17 18 40 41 42 BAS 43 44 45 46 47 48				
				<b>Montant des soin</b> 
				<b>Début d'exécution</b> 
				<b>Fin d'exécution</b> 
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> DROITE 12 11 21 22 GAUCHE 14 15 16 HAUT 17 18 40 41 42 BAS 43 44 45 46 47 48	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> 
	<b>D</b>		<b>H</b>	
	25533412		21433552	<b>Montant des soin</b> 
	00000000		00000000	
	00000000		00000000	
	35533411		11432553	<b>Date du devis</b> 
	<b>(Création, Remont, adjonction)</b>			<b>Fin de</b> 
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Vise et certifié du plombier attestant le devis	Vise efficacité du plombier attester l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT	NOM : <u>MARIE LOUFT</u>	Mle 10411
DECLARATION N°	<u>W18-348295</u>	
Date de Dépot	Montant engagé	Nombre de pièces Jointes
<u>15.06.20</u>	<u>3118,-</u>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-348295

DATE DE DÉPOZIT

1201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle	10411
Nom & Prénom MAKHLOUFI ASMAA		
Fonction : AGENT	Phones.	0660993229
Mail	AMAKHLOUFI @ RAM	

MEDECIN	Prénom du patient			ASMAF
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date 21/01/20
Nature de la maladie		Date 1 <sup>re</sup> visite		
<i>neuropathie optique</i>		22/01/20		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE	Date 28/01/2020
Montant de la facture	1332,00

AUX LIAIRES MEDICAUX				Date : .....
Nomme				Montant détaillé des Honoraire
AM	PC	IM	IV	

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie ( EEG )

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



# المُكْتُور فؤاد الْلَيَادِي

جراحة الدماغ والأعصاب

جراحة العمود الفقري، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le

28/01/20

الدار البيضاء، في

w match lauf: 81m00

(666,00 x 2)

- keepo 800. 

W de lms.

1332,00

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Achraf  
Rue Soukate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr. FOUD LAYADI  
Neurochirurgie Vertébrale  
13 Rue Tahar Hocine N°1, Quartier Gautier  
Télé: 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69

23، زنقة طه حسين هي كوثي رقم 1 الدار البيضاء

23, Rue Tahar Hocine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

Fixe: 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - E-mail : flayadi2000@gmail.com

**Dr. Fouad LAYADI.**

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie (EEG)

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand



**الدكتور فؤاد العيادي**

جراحة الدماغ والأعصاب

جراحة العمود الفقري، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 21/01/20 الدار البيضاء. في

Mrakloufi Dsmaa  
Note d'honneur

Electroencéphalographie  
de veille.

600 DH. (800 DH)



23. زنقة طه حسين هي گوتيي رقم 1 الدار البيضاء

23, Rue Taha Houcine N° 1 Quartier Gautier - Casablanca

Fixe : 05 22 20 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - Email : flayadi2000@gmail.com

# CENTRE IRM MAARIF

Dr BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire: compte n° 022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers- MAARIF  
Patente : 34770967 I.F. :1087675

Casa 21/01/2020



## Facture

Nom & Prénom : MLLE MAKHLOUFI ASMAA  
Date d'examen : 21/01/2020

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
<b>PRODUIT DE CONTRASTE POUR ANGIO-IRM CEREBRALE</b>	<b>896,00 DHS</b>
<b>TOTAL A PAYER</b>	<b>896,00 DHS</b>

Arrêté à la somme de :  
HUIT CENTS QUATRE VINGT SEIZE DIRHAMS, 00 CTS.

**CENTRE IRM MAARIF**  
BERRADA M BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed Bahi  
Tél : 0522 23 23 12  
Fax : 0522 25 88 73

17, Rue Mohamed BAHI (ex. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des Taxis-Maarif. Casablanca 20 100. Tél.: 022 25.74.82 / 23.79.34 / 25.30.30. Fax: 022 23.77.05

# CENTRE IRM MAARIF

M. BERRADA  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire: compte n° 022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers- MAARIF  
Patente : 34770967 I.F. :1087675

Casa 21/01/2020

## ORDONNANCE

Nom & Prénom : MLLE MAKHLOUFI ASMAA  
Date d'examen : 21/01/2020

GADOVIST 1,0 mmol/ml 1 BOITE de 7,5 ml (Injection).

~~CENTRE IRM MAARIF  
BERRADA M BENYAHIA Z.  
17, Rur Mohamed Bahi  
Tél : 0522 23 23 10  
Fax : 0522 25 38 78~~

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 666,00 DH

ID : 626216



6 118001 142606



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I

**Site de fabrication:**

UCB Pharma S.A.  
Chemin du Foriest  
1420 Braine-l'Alleud  
BELGIQUE



**Titulaire:**

GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi Et Rue Abou  
Hamed Al Ghazali - Casablanca  
MAROC

Chaque comprimé pelliculé contient 500 mg de lévétiracétam.

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

Médicament soumis à prescription médicale.

Voie orale. Lire la notice avant utilisation.

**Keppra® 500 mg**

comprimés pelliculés

Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés



gsk

Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 666,00 DH  
ID : 626216



6 118001 142606



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I

**Site de fabrication:**

UCB Pharma S.A.  
Chemin du Foriest  
1420 Braine-l'Alleud  
BELGIQUE



**Titulaire:**

GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi Et Rue Abou  
Hamed Al Ghazali - Casablanca  
MAROC

Chaque comprimé pelliculé contient 500 mg de lévétiracétam.

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

Médicament soumis à prescription médicale.

Voie orale. Lire la notice avant utilisation.

**Keppra® 500 mg**

comprimés pelliculés

Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés



gsk

# CABINET DR LAYADI FOUAD

## RAPPORT EEG

Donnée patient:**MAKHLOUFI ASMAA**

Date de naissance:11/06/1976

Sexe:Féminin

Age:43 ans

Diagnostic : comitialité sur POE post centrale droite ?

### Intérprétation

- Tracé alpha dominant postérieur régulier à 10 c/s symétrique et bien réparti réagissant à l'ouverture fermeture des yeux
- Présence d'une discrète activité en pointe frontale droite et de quelque ondes lentes en central
- SLI et hyperpnée sans retentissement sur le tracé

Docteur

