

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.

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

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- 056349

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHAUKI KALTEUM
Date de naissance : 29/11/1946
Adresse : App 9, Imm 37, Résidence Safaa, Laayoune, Soud
Tél. : 0660 75 9500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL ALAOU TAOUSSIK, Neurologue, Av. Hassan II, Résidence Mounia, Entrée A - N°25 - Rabat, Tél. : 05 37 66 06 07 - L.N.P.E. : 10216304
Date de consultation : 13/07/2020
Nom et prénom du malade : CHAUKI KALTEUM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AVC
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 Praticien des Actes
13/07/2020			300 DH	Dr. EL ALAOUY TAOUSSE K. Neurologie Av. Hassan II, Résidence Ma... Entrée N° 23 - Rabat Tél. : 05.37.66.06.07 - I.N.P.E. 14166304

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RABAT AVENUE EL HAYATAM N°60 LA... FIX 05 37 87 14 84	13/7/20	# 484.50 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

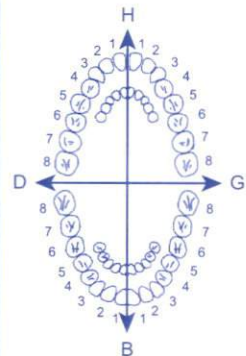
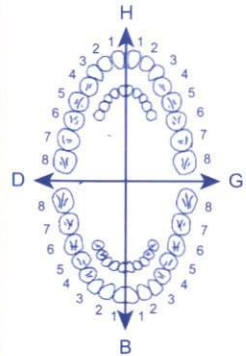
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
					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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. **CHAUKI KALTOUM**

Présente **AVCI sous FA compliquée d'une crise épileptique**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. EL ALAOUI TAOUSSKI

Lalla Kaoutar

Neurologue

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Vidéo-Electroencéphalogramme "Vidéo-EEG"
Electroneuromyogramme "EMG"

الدكتورة العلوي الطوسي
للة كوثر

أخصائية أمراض الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Rabat, le 13/07/2020

Mme CHAUKI RALTOUM

348.00

1) Keppra 250 mg

136.50 1 cp / le soir pdt 3 mois.

2) Alyse 25mg = 1 gel / le soir pdt 3 mois

484.50

PHARMACIE BAB ARRAYAN
AV IBN AL HAYTAM N°60
LAAYAYDA SALE
FIX 05 37 87 14 84

PHARMACIE BAB ARRAYAN
N° ord. 11665
Date 13/7/22

Dr. EL ALAOUI TAOUSSKI
Neurologue
Av. Hassan II, Résidence Mamounia
Entrée A - N°25 - Rabat
Tél : 05.37.66.06.07 - L.N.P.E. : 101166304

Keppra® **250 mg**

comprimés pelliculés
Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés

CIA79339A

Lot:
EXP:

275774
01/2022



CIA79339A

Peel-off label (vignette)

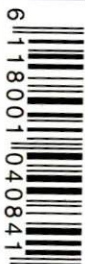


RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Uniquement sur ordonnance. Lisez l'

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

AMM N°: 224/16 DMP/21/NNP



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

Tableau A (liste I)
جدول أ (لائحة I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعات الموصوفة

56 GÉLULES

ALYSE[®] 25 mg
PRÉGABALINE
GÉLULES



Voie orale

b bottu/a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebbā - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ABDIIBRAHIM

Lot:

19J012

Per:

09.2021

PPV: 136DH50

A20012113/00