

# 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.

## Pathologie 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 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- 056348

Optique *32957*  Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *675* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *CHAOUKI KALTOUN*

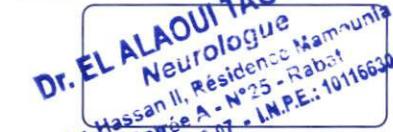
Date de naissance : *29/11/1946*

Adresse : *App 9, Imme 37, Résidence Saffa, Laayoune, S.A.L.*

Tél. *066 75 95 00* Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *13/04/2020*

Nom et prénom du malade : *CHAOUKI KALTOUN* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *AVCI SUR FA*

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) : *S. A. 2020*

*ACCUEIL MUPRAS*

## **RELEVE 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
13/04/2020	C	1	50	Dr. EL ALAOUI Hassan Neurologist Entrie 1 - N°22 - R22 0537.66.00.07 - LMP: 19/16/2020

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARISAYAN AVIBN AYDASALE ZAAAYDA SALE FIX 05 37 87 14 84	13/4/2022	# 419.00 #

#### **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	

## **RELEVE 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 canalaires, 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			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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'EXÉCUTION

**valable 3 mois**

Le 13/04/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : CHAUKI le ALTAOUN

Présente AVC sur FA compliquée d'une crise épileptique

Nécessitant un traitement d'une durée de :  
keppra 250

omegen

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-12

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*Dr EL ALAOUI TAOUSSI Y.  
Av. Hassan II Casablanca  
Entrée 10, étage 6  
Tél. : 05.37.86.06.87 - I.M.E : 101166300*

**Dr. EL ALAOUI TAOUSSI**

**Lalla Kaoutar**

**Neurologue**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

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

**الدكتورة العلوى التاؤسي**

**لالة كوتار**

**أخصائية أمراض الجهاز العصبي**

**خر杰ية كلية الطب والصيدلة بالرباط**

**التخطيط الكهربائي للدماغ**

**التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات**

Rabat, le

13/04/2026

الرباط، في

Nme CHAUKI Kalthoum

348,00

1) keppra 250 mg

71,00 1/2 - 1/2 pdt 3 min,

2) Omegen cp

1 cp/j le soir pdt 3 min,

419,00

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

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI K.

Av. Hassan II Résidence Mamounia  
Entrée A - N°25 - Rabat  
Tel : 05.37.66.06.07 - LN.P.E: 104166304

شارع الحسن الثاني، إقامة المامونية، مدخل أ. شقة 25، الرباط -

الطابق الرابع (بالمصدع) قبالة محطة ترام المدينة -

Tél. : 05.37.66.06.07 - Email : elalaoui.t.k@gmail.com

# Keppra®

**250 mg**

comprimés pelliculés

Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés

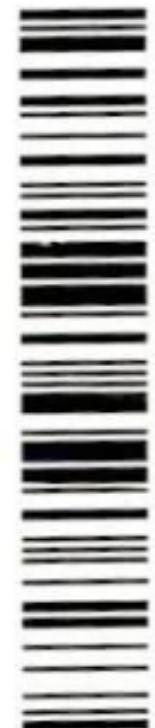


**250 mg**

comprimés pelliculés

Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés



CIA79339A

71,00



ماغ  
20  
CSEHQO

البيجين®  
أو ميبرازول

دواء

OMEGEN® 20 mg

28 gélules



6 118000 130031

GENPHARMA

28

gélules

microgranules gastrorésistants

20 mg

28

كبسولة  
دواء

