

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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- 056348

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUKI KALBOUM

Date de naissance : 29/11/1976

Adresse : Appt 37, Imm 37, Résidence Salma, Hassan II, Salé

Tél. : 06 60 75 95 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL ALAOUI TAOUSSIK  
Neurologue  
Av. Hassan II, Résidence Mawana  
Entrée A - N°25 - Rabat  
Tél. : 45 27 66 07 - IN.P.E. : 101166304

Date de consultation : 13/04/2020

Nom et prénom du malade : CHAOUKI KALBOUM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AUCI sur FA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 7.5 an

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
13/04/2020		1	G	

Dr. EL ALAOUI  
Neurologue  
Av. Hassan II, Bâdja  
Entrée N° 22 - 13000  
Tél : 05 37 85 00 97 - 11 11 66 00 04

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2020	# 41900 #

PHARMACIE BAR...  
AV. IBRAHIM EL KHALIL  
LAAYAYDA SALE  
FIX 05 37 87 14 84

### 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

☒ **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 KALTOUM

Présente AVCI sur FA compliqué 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 : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Dr. EL ALAOUI TAOUSSE K.**  
Neurologue  
Av. Hassan II - Casablanca  
Tél : 05.37.66.06.87 - I.N.P.E.: 101166104

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 العلوي التاوسي

لالة كوتر

أخصائية أمراض الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Rabat, le 13/04/2006 في الرباط،

Mme SAUKI Kalhoum

348.00

1) Keppra 250 mg

1/2

0

- 1/2 pelt 3 min,

71.00

2) Omegen cp

1 cp 1z le soir pelt 3 min,

419.00

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

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



# Keppra®

## 250 mg

*comprimés pelliculés*  
Lévétiracétam



60 comprimés pelliculés



Keppra® 250 mg

*comprimés pelliculés*  
Lévétiracétam

60 comprimés pelliculés



CIA79339A

71,00



ملغ 20

ΣΙΣΙ

# آو میجین

⌘ΣΘQ。Ж∅И

## آو هیبرازول

**OMEGEN<sup>®</sup> 20 mg**

**28 gélules**



6 118000 130031

28

## كيسولة

$$| + \mathbb{H}_0 | \Sigma \wedge \Sigma |$$

28

**gélules**  
microgranules gastrorésistants

**OMEGEN**  
**Oméprazole**

## Oméprazole

20 mg