

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.

Radiologie 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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-551147

N°D: 33171.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8696 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Samir Leidi
 Date de naissance : 02/08/1963
 Adresse : 137, STONA, Dersou
 Tél. : 0671762346 Total des frais engagés : 489,000k

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M attestant le Paiement des
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

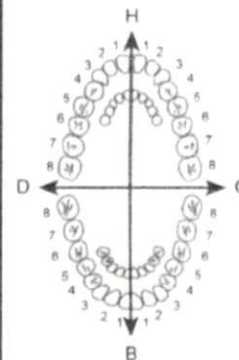
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

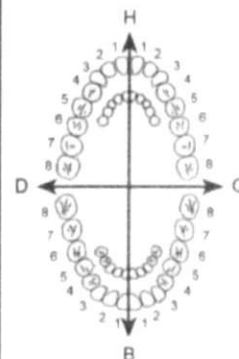
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Evoqués : visuels, somesthésiques, auditifs
- Attestation de Formation Spécialisée en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
- Spécialiste dans la maladie de Parkinson, stimulation cérébrale profonde et injections de toxine botulique en Neurologie (Paris - France)
- Diplôme de l'Académie Européenne de Neurologie (EAN)

Casablanca, le

05-02-2020

الدار البيضاء، في

مصحة جرادة الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرغاش

المجهودات المثارة

q- Samaoui Ladi

STALEVO 150 mg

1-a x 5/8

3 mois

Professeur Hicham EL OTMANI
Neurologue

Clinique Jerrada Oasis
Fix : 05 22 23 81 81
Tél : 06 67 17 33 11

MANTADIX gel

1 - 1 - 1

3 mois

Professeur Hicham EL OTMANI
Neurologue

Clinique Jerrada Oasis
Fix : 05 22 23 81 81
Tél : 06 67 17 33 11

PHARMACIE DE LA PLACE
14, place Lachambeaudie
75012 PARIS
752030775
Tel : 0143441233
INSEE:
hotel pullman

Fact. Num. : 435087
Date Fact. : 18/02/2020
Date Ord. : 05/02/2020

Medecin: ETRANGER Med
Code Op: 2
Malade: LADI Samacui
75012 PARIS 12E ARRONDISSEM

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U BaseSS	HD	TxSS
1	STALEVO 150/37,5	3400936346277	47,37	-	1,02 0
	/200MG CPR100	Dus: 1 Ordo: 545379	0,51	-	0
1	Honor. dispens.				
	HDR				

MONTANT TOTAL : 48,90 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 48,90

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

Chaque comprimé
pelliculé contient
150 mg de lévodopa,
37,5 mg de carbidopa et
200 mg d'entacapone.

Contient du saccharose.

Lire la notice avant utilisation.

Voie orale.

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

100 comprimés pelliculés

 **Stalevo®**

**150 mg lévodopa
37,5 mg carbidopa
200 mg entacapone**

comprimés pelliculés

EU/1/03/260/011

Orion Corporation
Orionintie 1
FI-02200 Espoo
Finlande


**ORION
PHARMA**

PC 03400936346277

58 X 58 X 106

SN 504151510627

EXP

11.2021

Lot :

1902497



France

Stalevo 150 mg/37,5 mg/200 mg
comprimé pelliculé
Médicament autorisé
n° 34009 363462 7 7



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

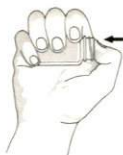
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé



**STALEVO +
GROSSESSE =
DANGER**

**Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique**

Représentant local :
Centre Spécialités Pharmaceutiques
Tél : 01.47.04.80.46.



Stalevo®
100 comprimés pelliculés

100 comprimés pelliculés

Stalevo®

**150 mg lévodopa
37,5 mg carbidopa
200 mg entacapone**

comprimés pelliculés

EU/1/03/260/011

Orion Corporation
Orionintie 1
FI-02200 Espoo
Finlande

**ORION
PHARMA**

PHARMACIE DU PARC
sophie MADAME ZERBIB
21 RUE DE POMMARD
75012 PARIS

Tel: 0153330102
N° : 80290146200019

Code NAI 234A - FR10802901462
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC

Patient: MAROC X
Ordonnance 688601

3400931533719	4	6	4,31	25,86
MANTADIX GELU 50			(- 871864)	
Du(s): 3x				

Honor. dispens. HD2	4	6	1,02	6,12
---------------------	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR	4	1	0,51	0,51
---------------------	---	---	------	------

Total TTC	32,49
A Payer	32,49

TOTAL A PAYER : 32,49 (213,12F)
Montant HT : 31,82

Code	TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	31,822	0,668	32,49	

Espèces : 40,00
Rendu monnaie : 7,51

Le 06/01/2020 à 09h28 Op. : G G G

Montants exprimés en Euros

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

Ticket 9703 02956 B17/0106-R2

126/ /1/FACTURATION/TICKET/3/N/AAMQ/AAMF
/2.10.2.1.R2-77/1