

# 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

NPD:  
33121.

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9696

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Smaïnou Zaidi

Date de naissance : 02/08/1963

Adresse : 139, Xetona, Dersou

Tél. : 0671762346

Total des frais engagés : 183,000Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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 |

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

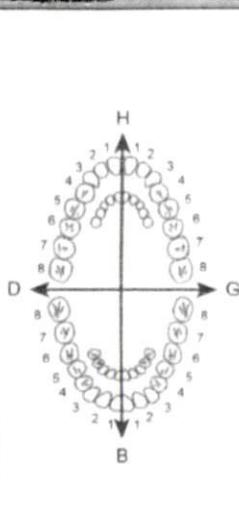
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

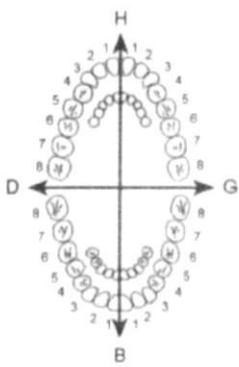
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

مصحة جرادا الوازيس  
الدكتور هشام العثماني

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات  
التخطيط الكهربائي للرعاش  
المجهودات المثارة

الدار البيضاء، في

Dr. Samraoui Ladi

STALEVO 150 mg  
10 x 5 ml

3 mois

Professeur Hicham El OTMANI  
Neurologue  
Clinique Jerrada Oasis  
Fix : 05 22 23 81 81  
Tél : 06 67 17 33 11

MANTADIX 50

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 Fact. Num. : 435087  
14, place Lachambeaudie Date Fact. : 18/02/2020  
75012 PARIS Date Ord. : 05/02/2020  
752030775 Medecin: ETRANGER Med  
Tel : 0143441233 Code Op: 2  
INSEE: Malade:LADI Samaoui  
hotel pullman 75012 PARIS 12E ARRONDISSEM

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

MONTANT TOTAL : 48,90 MONTANT AMD : 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**



**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

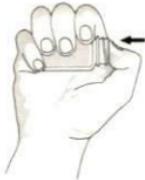


PC 03400936346277

58 X 58 X 106

SN 504151510627  
EXP 11.2021  
Lot : 1902497





**Stalevo®**

100 comprimés pelliculés

100 comprimés pelliculés

**Stalevo®**

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

comprimés pelliculés

**STALEVO +  
GROSSESSE =  
DANGER**



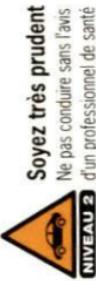
Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique

Représentant local :  
Centre Spécialités Pharmaceutiques  
Tél : 01.47.04.80.46.

France  
Stalevo 150 mg/37,5 mg/200 mg  
comprimé pelliculé  
Médicament autorisé  
n° 34009 363462 77



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance.



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé  
**NIVEAU 2**

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  
Tél: 0153330102  
N°: 80290146200019  
Code NAI: 234A - FR10802301462  
FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
			TVA	TTC
Patient: MAROC X				
Ordonnance 688601				
3400931533719	4	6	4,31	25,86
MANTADIX GELU 50				(- 871864)
Du(s): 3x				
	4	6	1,02	6,12
Honor. dispens. HD2				
	4	1	0,51	0,51
Honor. dispens. HDR				
			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