

198606

M23- № 0044233

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Autre:

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

### Constraint

☐ Enfant

### Nature de la maladie

Affection longue durée ou chronique

## Pathologic

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le


PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-215 / 2019

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
10112034	cs	G	DR MOUJAL E.E.G. Neurologue Vidéopoint Le Niamey 800 99, Rue Abdou Carablanche Quartier des Hôpitaux Tél: 0522 86 52 80 - T.N.P: 091031005
16 FEB 2024	cs	400 DH	OUAKIL Fettouma E.E.G.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
 Gh 06/02/24		Vidéo 1024, 10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/01/2024	8	3600 + PV 3000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
BRINTELLIX 10 MG CP PELL  
B28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 184835

CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Remboursable AMO  
6 118000 021407

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
BRINTELLIX 10 MG CP PELL  
B28  
P.P.V : 316,00 DH  
6 118001 184835

CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Remboursable AMO  
6 118000 021407

POTASSIUM  
LAPROPHAN®  
Sirop 125 ml  
6 118000 031925

42,20  
CALCIFIX D<sub>3</sub>  
30 comprimés  
Remboursable AMO  
6 118000 021407

LOT: M23076  
EXP: AVR 2026  
PPV: 51,30 DH  
50 comprimés sécables  
Tégretol® 200 mg

PPU 24DH60  
EXP 10/2026  
LOT 36035 5

POTASSIUM  
LAPROPHAN®  
Sirop 125 ml  
6 118000 031925

LOT 232295 1  
EXP 07 2028  
PPV 45 80  
إيزون 20 ملغ  
إيزون 20  
إيزون 20

LOT 232295 1  
EXP 07 2028  
PPV 45 80  
إيزون 20 ملغ  
إيزون 20  
إيزون 20

PPU 24DH60  
EXP 10/2026  
LOT 36035 5

POTASSIUM  
PPU 24DH60  
EXP 10/2026  
LOT 36035 4

ISON 20 mg  
20 comprimés sécables  
6 18000 020028

ISON 20 mg  
20 comprimés sécables  
6 118000 020028

24DH60  
EXP 10/2026  
LOT 36035 5

POTASSIUM  
PHAN®  
Sirop 125 ml  
6 118000 031925

PPU 24DH60  
EXP 10/2026  
LOT 36035 5

**Dr Fettuouma MOUTAOUAKIL**

Neurologue - Epileptologue

Diplôme européen de Neurologie

Certificat d'Epileptologie et d'EEG - Paris

Certificat de Neuropédiatrie - Bordeaux

**الدكتورة فطومة متوكل**

اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

اختصاصية في مرض الصرع

الدبلوم الأوروبي في طب الجهاز العصبي

شهادة طب الجهاز العصبي للأطفال - بورديو

**CNNV**

CENTRE DE NEUROLOGIE  
ET NEUROPHYSIOLOGIE VESALE

Casablanca le **06/02/2024**

**Mr CHENNAOUI Ahmed**

**ISONE COMPRIME 20 MG BOITE DE 20**

1 Comprimé le matin après le repas pendant 15 jours , puis 1/2 Comprimé le matin après le repas pendant 1 mois

**BRINTELLIX COMPRIME PELLICULE 10 MG BOITE DE 28**

1/2 Comprimé le matin après le repas pendant 7 jours , puis 1 Comprimé le matin après le repas pendant 1 mois

**TEGRETOL LP COMPRIME PELLICULE 200 MG BOITE DE 50**

1 Comprimés 1/2 le soir après le repas pendant 6 semaines

**CALCIFIX D3 COMPRIME A CROQUER OU A SUCER 500 MG BOITE DE 30**

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 6 semaines

**POTASSIUM SIROP**

1 Cuillère à soupe le matin après le repas pendant 6 semaines

**TTT ET RV DANS 6 SEMAINES**



99, rue Abou Alaa Zahar (Ex. Vesale)  
Quartier des hôpitaux - Casablanca

0661 47 86 97  
0522 86 52 80

info@cnnv.ma  
www.cnnv.ma

Pharmacie Ouled Ziane  
Dr. MOUTAOUAKIL Fettuouma  
Neurologue - Epileptologue - E.E.G  
99, Rue Abou Alaa Zahar - Casablanca  
Tel: 0522 86 52 80 - M.P: 091031880

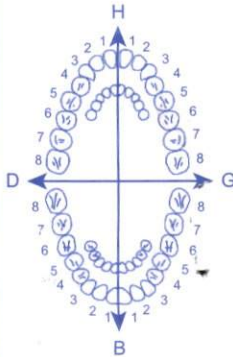
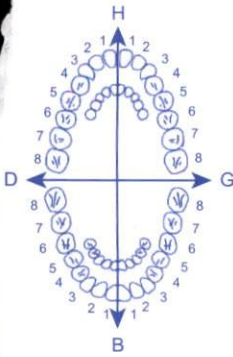
Pharmacie Ouled Ziane  
Dr. MOUTAOUAKIL Fettuouma  
Neurologue - Epileptologue - E.E.G  
99, Rue Abou Alaa Zahar - Casablanca  
Tel: 0522 86 52 80 - M.P: 091031880

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>														
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>														
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# **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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## **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 une fois par an.

## **Adresses Mails utiles**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ○ Réclamation                      | : <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| ○ Prise en charge                  | : <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| ○ Adhésion et changement de statut | : <a href="mailto:adhesion@mupras.com">adhesion@mupras.com</a> |

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.