

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

Nº M21- 080349

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02391 Société : 164331

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHRAIBI ARJEL FETTAH

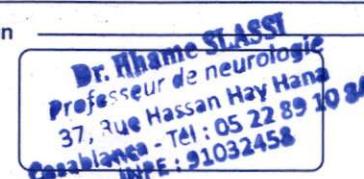
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 178767 Total des frais engagés : 855,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2023

Nom et prénom du malade : CHRAIBI Abdelfettah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Neuropathie périphérique

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) : / /

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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
19/04/23	CS		500 DH	Dr. Iham SLASSI Professeur de neurologie 37, Rue Hassan Hay Hana Tahiana Télé: 0522 89 10 24 NIP: 91032458

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE 28, 29, Rue de la Pomme, 75022 Paris Tél. : 01 43 26 32 63 Fax : 01 43 26 32 63 ICP : 021191300087	19/10/12	356,20

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The grid is centered at the origin (0,0). The x-axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The y-axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. Circles are numbered from 1 to 10. The grid is as follows:

Numbered circles are located at the following coordinates:

- (1, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 1): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 2): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 3): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 4): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 5): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 6): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 7): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 8): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 9): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (1, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (2, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (3, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (4, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (5, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (6, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (7, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (8, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (9, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- (10, 10): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DU
DEVIS

MONTANTS DES SOINS

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

دكتورة إلهام السلاسي الشرابي

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI
Professeur de Neurologie



أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ
وأمراض الجهاز العصبي

19/04/2023

Casablanca, le

MR CHRAIBI ABDELFETTAH

2550

• Alyse 75 mg - gélule

1 Gélule, soir, pendant 5 jours puis 1 Gélule, matin, soir, pendant 5 jours puis 1 Gélule, matin, 2 gélules, soir, pendant 2 mois

• Princi-b fort - comprimé pelliculé

1 Comprimés, matin, soir, pendant 8 semaines

50,60 x 2

50,60



50,60



PHARMACIE LM V

28, Bis Rue Salonique Angle
Rue de Rome Casablanca
Tel : 05 22 85 43 95
Tel : 06 00 06 07 08
RC 318383 ICE 00217913000087

Dr. Ilhame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca Tel : 05 22 89 10 84
INPE : 91032458

PHARMACIE LM V

28, Bis Rue Salonique Angle
Rue de Rome Casablanca
Tel : 05 22 85 43 95
Tel : 06 00 06 07 08
RC 318383 ICE 00217913000087