

# 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 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

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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0044033

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société : A63078  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HOUDEIR LAHSEN  
Date de naissance : 15.06.1952  
Adresse : 7 lot Hafia Allée des Lauriers  
Tél : 066176147 Total des frais engagés : 3186,80 Dhs  
33,90 euros

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2023  
Nom et prénom du malade : HOUDEIR LAHSEN Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : flat umbilic  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : CASABLANCA Le : 31.05.2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
01/04/2023		30000		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MONT-BLANC</b> Dr Cyrille Ortis 28968 336 AVR. 2023 15 Rue Joseph Vallot 74000 CHAMONIX-MONT-BLANC Tel: 04 50 53 10 91	01/04/23 26/04/23	28968

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

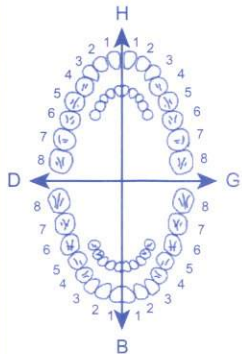
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

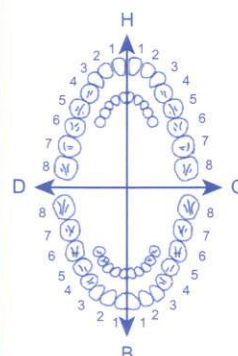
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div>	Coefficient DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	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

**Dr 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)

**الدكتور هشام العثماني**  
إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للرعاش  
المجهرودات المثارة

01/04/2023

Casablanca le

Mr HOUDEIR LAHSEN

ARICEPT 10 mg Cpr pell B/28

1 Comprimé le matin

MEMANTINE (Almantin ou équivalent) 10 MG

1 Comprimé le matin

TROIS MOIS

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP: 091032391

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casa Tél: 05.22.21.98.94

10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
6 118001 170050  
6 118001 170050  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

Lot: ~~S10929A~~  
Per: 10/2024  
PPV: 135DH20

ARICEPT 10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
6 118001 170050  
6 118001 170050  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

Lot: ~~TB0205A~~  
Per: 02/2025  
PPV: 135DH20

ARICEPT 10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
6 118001 170050  
6 118001 170050  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

Lot: ~~TB0205A~~  
Per: 02/2025  
PPV: 135DH20

ARICEPT 10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
6 118001 170050  
6 118001 170050  
Laboratoires  
Pfizer S.A.

Lot: ~~TB0205A~~  
Per: ~~02/2025~~  
PPV: 135DH20

JUSTIFICATIF VITALE (Ordonnance payante - 00 - )

No : 120572

PHARMACIE DU MONT BLANC  
15 RUE JOSEPH VALLOT  
74400 CHAMONIX MONT BLANC

74 2 00601 8  
ORTIS CYRILLE  
Tel: 04.50.53.12.61

Mal: HOUDEIR

Lahsen

Ne le: 00/00/1900 Rang: 1

Nature: Eko:

No: 131059685

Deliv du: 26/04/23

Dr : MEDECIN

Ordon du: 26/04/23

AMO:

Vendeur : AD

OTE-----Produits-----P.U.---(Base)---Mon--Taux

9 TOCO 500 CAPS 30 2.69 1.02 65%

34009 3264550 3

HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE

0.51 70%

TOTAL FACTURE : 33.90

9 Produits

MONTANT A.M.O : 0.00

MONTANT A.M.C : 0.00

Paye par l'assure : 33.90



**Dr Hicham EL OTMANI**

**Neurologue**

**Professeur de l'enseignement supérieur**

Électroneuromyographie (EMG)

Électroencéphalographie (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)

**الدكتور هشام العثماني**

**إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي**

**أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء**

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للرباعش

المجهودات المثارة

**01/04/2023**

**Casablanca le** \_\_\_\_\_

**Mr HOUDEIR LAHSEN**

**TOCO 500 mg Caps molle Plq/30**

**1 Comprimé 3 fois par jour pendant trois mois**

**Professeur Hicham EL OTMANI**  
**NEUROLOGUE**  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP - 091032391

**PHARMACIE DU MONT-BLANC**

**Dr Cyrille Ortis**

**74 2 00601 8**



**26 AVR. 2023**



**15 Rue Joseph Vallot**

**74400 CHAMONIX-MONT-BLANC**

**Tél. 04 50 53 12 61 - Fax 04 50 53 59 98**

Casablanca le \_\_\_\_\_

**RAPPORT MEDICAL**

Mr HOUDEIR LAHSEN âgé de 70 ans, est suivi pour un syndrome démentiel à début amnésique remontant à 8 ans, compatible avec une maladie d'Alzheimer.

Ce patient est actuellement sous Donepezil et Memantine avec un état relativement stable. La dégradation des fonctions cognitives mnésiques et langagières est lentement progressive retentissant sur les activités et limitant l'autonomie. Son état moteur est normal. Ce patient arrive régulièrement à ses consultations de suivi.

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP: 091032391

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : *P<sup>r</sup> El Otmani*

Spécialité : *Neurologue*

N° ICE :

N° INPE : *091 032391*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Houneir Lahcen*

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*afecté neurologique cognitif chronique  
(voir rapport joint)*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Donepezil - MEMANTINE*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Cas* le *04/04/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :

*Professeur Hicham EL OTMANI*  
NEUROLOGUE  
Explorations Neurophysiologiques:  
ENMG - EEG  
Tél: 06 67 17 33 11 - INP: 091032391

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées