

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0022545

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOA DEIR LAHSEN A 92362
Date de naissance : 15-06-1952
Adresse : 7 lot HOFID allée des Lauriers
Tél : 0661238879 Total des frais engagés : 3769,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/12/2023
Nom et prénom du malade : HOA DEIR LAHSEN Age : 71 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le : 26/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------------------------------------------------------

08/12/2023	cs	3000H		Professeur EL OTMANI NEUROLOGUE - EEG/EMG Clinique JERRADA - Oasis Tél: 06 07 17 33 11 INP : 05 12 2391
------------	----	-------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

PHARMACIE SOULAMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rte. Les Jardins de Californie 2
Bd. de Fes Imm. 1 Californie
Casa, Tél: 05.22.21.98.94

8/12/2023	3469,00
-----------	---------

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

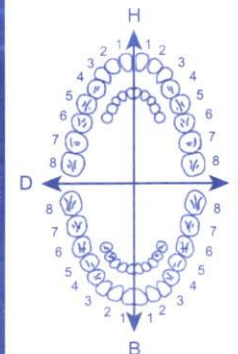
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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'EXECUTION

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-12-2023

Facture N° 24515/23				C. Débiteur page 1/1			
A. Identification N° Dossier : CJO23L08150443 Nom & Prénom : M. HOUDEIR LAHSEN C.I.N : ER Adresse : CASA				N° Identifiant : 004727/19			
				Organisme : Payant			
				ICE : Adresse :			
				D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 08-12-2023 Date Sortie : 08-12-2023			
Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PARTIE CLINIQUE :						0,00	
HONORAIRES MEDICAUX							
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						300,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00	

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - SEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
Tél: 06 67 17 33 11
INP : 091002391



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le

08/12/2023

Mr HOUDEIR LAHSEN

ARICEPT 10 mg Cpr pell B/28

1 Comprimé le matin

EBIXA 20 mg Cpr pell Plq/28

1 Comprimé le matin

pendant 3 mois.

~~Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG/EMG
Clinique JERRADA - Oasis
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
Caga. Tél: 05.22.21.98.94



ARICEPT 10MG 28 CPS

P.P.V : 589DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170050

ARICEPT 10MG 28 CPS

P.P.V : 589DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170050

ARICEPT 10MG 28 CPS

P.P.V : 589DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170050

ARICEPT 10MG 28 CPS

P.P.V : 589DH00

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170050

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH



6 118001 184866

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH



6 118001 184866

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
EBIXA 20MG B28 CP PELL
P.P.V : 371,00 DH



6 118001 184866

27
27