

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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

M22- 0022545

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HOUDEIR LAHSEN A 99362

Date de naissance : 15-06-1859

Adresse : 7 lot Holid Allee des Lauriers

Télé. : 26 61 23 88 78 Total des frais engagés : 3769,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/12/2013

Nom et prénom du malade : HOUDEIR LAHSEN Age : 71 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : affec

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 26/12/2013

Signature de l'adhérent(e) : ch



### 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
08/12/2023	CS		300DH	Professeur EL OTMAN NEUROLOGUE - EEG/EMG Clinique JERRADA - Oasis Tél: 06 67 17 33 11 INP : 03 21 2391

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUDAMA YOUSRA LAHBABI LAHLI Rés « Les Jardins de California » Bd. de Fès Imm. 1 California 219894 Casablanca	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	

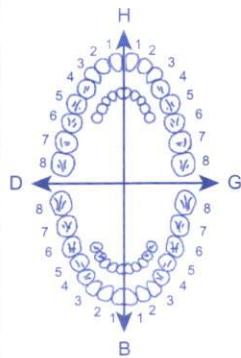
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

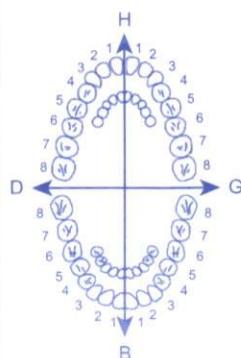
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 08-12-2023

## Facture N° 24515/23

### A. Identification

N° Dossier : CJO23L08150443

N° Identifiant : 004727/19

**Nom & Prénom : M. HOUDEIR LAHSEN**

C.I.N : ER

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
			300,00			0,00

### HONORAIRES MEDICAUX

1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
					Total Rubrique :	300,00

### PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL	300,00
---------------	--------

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG/EMG  
Clinique JERRADA Oasis  
Tél: 06 67 17 33 11  
INP : 091052391



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراددة 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

100 665

589,00 x 4

100 666

371,00 x 3

3469,00

pendant 3 mois.

Professeur Hicham EL OTHMANI  
~~NEUROLOGIE - 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  
Casab. Tél: 05.22.21.98.94

ARICEPT 10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
6 118001 170050

ARICEPT 10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
6 118001 170050

ARICEPT 10MG 28 CPS  
P.P.V : 589DH00  
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