

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3089 Société : 38427

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

SEM HI DAoudi

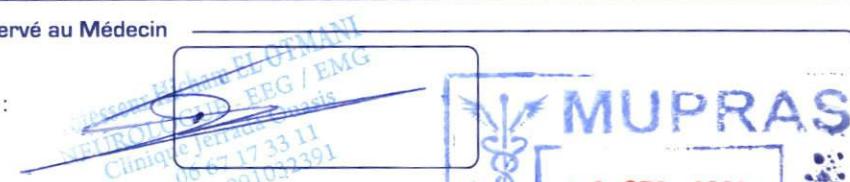
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Elma Citha

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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
31/08/2020	CS	300	300	300
				Dr. JERRADA OUASIS
				06 67 17 33 11
				INP : 091032391
				CLINIQUE JERRADA OUASIS
				06 67 17 33 11
				INP : 091032391

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENJELLOUN Nne BENJELLOUN Pharmacie Docteur en Pharmacie 35 Boulevard Alexandre 1er 3522861513 Casablanca Tél: 0522861513 INN: 1111111111111111	03/08/20	79,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

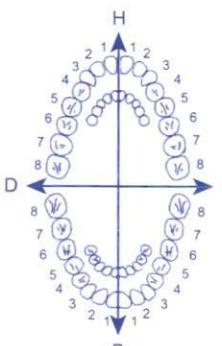
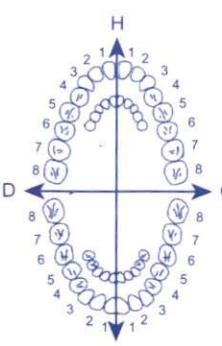
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				
				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
<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

# CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur 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)

Casablanca, le

03-08-2020

# مصحة جرادا الوازيس الدكتور هشام العثماني

اختصاصي في امراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

الخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

الدار البيضاء، في

M = EL HATTAB EL OTHMANI

Tegutal 400 CR

1 — 0 — 1

30/08/20  
29/08/18

Laroxyl 400 mg

0 — 0 — 7 (7)

29/08/20

0 — 0 — 15

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE - EEG / EMG  
Clinique JERRADA OASIS  
06 67 17 33 11  
INP : 091032311

3 mes.  
مصحة جرادا الوازيس  
PHARMACIE ALEXANDRIE  
Mme BENJELLOUN Fouzia  
Docteur en Pharmacie  
35, Boulevard Alexandria  
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  
INP: 091004466 - INE: 00 1837 636 000 007

# CLINIQUE JERRADA OASIS

Docteur Hicham El OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneuromyographie (EMG) - Electroencéphalographie (EEG)
- Potentiels Évoqués : 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)

Mme CHARAF Kaoutar  
Régisseur  
Fondation Hassan II pour la Prévention des Maladies  
(Et la Lutte contre les Malades du Système Nerveux)

Casablanca, le 22-06-2022

M. EL HAFIDI El BRAHIMI

fatma

60 ans

- often in 30 ans from  
in menjoum occipital

- Somme le gr. actuelle =  
Epilepsie Vélopos ménigale !

They are often benign

(avec extra de négatif Vélopos nul)

Professeur Hicham EL OTMANI  
NEUROLOGUE EEG / EMG  
Clinique Jerrada OASIS  
06 67 17 33 11  
06 67 10 32 01

# مصحة جرادة الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إخلاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

الدار البيضاء، في

Clinique Jerrada OASIS, Boulevard Abderrahim Bouabid (Ex-Jerrada), OASIS, Casablanca

Tél. : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82

Web : [www.cliniquejerrada.ma](http://www.cliniquejerrada.ma) - Mail : [direction@cliniquejerrada.ma](mailto:direction@cliniquejerrada.ma)

Gsm : 06 67 17 33 11 - E-mail : [hichamotmani@hotmail.com](mailto:hichamotmani@hotmail.com)

## Formulaire de demande d'examen d'IRM

10

0537775966

Renseignements concernant le patient :

Nom : EL HAJTAB EL IBRAHIMI Prénom : Fatima

Né (e) le : 30/11/1960 Poids : 58

Adresse : Blousier les hopitaux Rue Alexandrie  
N° 47 Casablanca Maroc

Téléphone 0663137209

# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 03-08-2020

## Facture N° 10214/20

### A. Identification

N° Dossier : CJO20H03145240 N° Identifiant : 027516/20  
**Nom & Prénom Mme EL HATTAB EL IBRAHIMI**  
 : **FATIHA**  
 C.I.N :  
 Adresse : CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 03-08-2020  
 Date Sortie : 03-08-2020

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	<b>PARTIE CLINIQUE :</b>					0,00
	<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>					
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00
					<b>Total Rubrique :</b>	<b>300,00</b>
	<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>					300,00
	Arrêté la présente facture à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature

Dr Hicham EL OTMANI  
 UROLOGUE - EEG / EMG  
 Clinique Jerrada Oasis  
 06 67 17 30 11  
 INP : 091032391

## F A C T U R E

N° : **4823 / 2020** du **26/06/2020**

Nom patient	<b>EL HATTAB EL IBRAHIMI FATIHA</b>	Entrée	<b>26/06/2020</b>
<b>PAYANT</b>		Sortie	<b>26/06/2020</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRODUIT DE CONTRASTE 10CC</b>	<b>1.00</b>		<b>500.00</b>	<b>500.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>500.00</b>
CINQ CENTS DIRHAMS		

INP : 100007079

ICE : 001804108000059

*Mme CHARAF Naou...*  
*Régresseur*  
*Fondation Hassan II pour la Prévention*  
*Et la Lutte contre les Maladies*  
*DU Système Nerveux*



## F A C T U R E

N° : **4787 / 2020** du **26/06/2020**

**Nom patient** **EL HATTAB EL IBRAHIMI FATIHA** **Entrée** **26/06/2020**  
**PAYANT** **Sortie** **26/06/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
IRM CEREBRALE	1.00		3 000.00	3 000.00
			<i>Sous-Total</i>	3 000.00
<b>Total Clinique</b>				<b>3 000.00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	<b>TROIS MILLE DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>3 000.00</b>

INP : 100007079

ICE : 001804108000059

Willie CHAKAR AOUTALI  
Regisseur  
Sondre Hassan II pour la Trevi  
Eila Lutte contre les Maladies  
Du Systeme Nerveux

## F A C T U R E

N° : 4823 / 2020 du 26/06/2020

Nom patient **EL HATTAB EL IDRISI FATIHA**  
**PAYANT**

Entrée 26/06/2020  
Sortie 26/06/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRODUIT DE CONTRASTE 10CC	1.00		500.00	500.00
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  CINQ CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>500.00</b>

Mme CHARAF NAOURA  
 Régisseur  
 Fondation Hassan II pour la Prévention  
 Et la Lutte contre les Maladies  
 du Système Nerveux



DATE : 26/06/2020

Nom & Prénom : EL HATTAB EL IBRHIMI FATHIA  
Age :  
Service : Externe  
Référence :  
Médecin :

## IRM cérébrale

### Indication :

- ✓ 60 ans, opérés pour méningiome occipital à l'âge de 30 ans.
- ✓ Actuellement épilepsie temporo-mésiale.

### Technique d'examen :

- ✓ Protocole épilepsie.

### Résultats :

- ✓ Présence d'une hypertrophie du noyau amygdalien et du cortex piriforme adjacent de signal similaire à celui du cortex normal, sur toutes les séquences.
- ✓ Les formations hippocampiques.
- ✓ Absence d'autre anomalie temporelle.
- ✓ Foyer lésionnel d'allure cicatriciel occipital gauche.
- ✓ Absence d'autre anomalie.

### Conclusion :

Hypertrophie de noyau amygdalien et du cortex piriforme adjacent droit (Hamartome-dysplasie).  
A confronter aux données Electro-cliniques et anamnestiques.

Pr. JIDDANE

Pr. M. JIDDANE  
Délégué Service de Neurochirurgie  
Responsable de l'Unité de Neurochirurgie  
Fondation Hassan II  
INP : 101144849

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**NOM DU PATIENT :** Mme EL HATTAB EL  
IBRAHIMI FATIHA  
**DATE DE NAISSANCE :** 30/11/1960  
**CJO20H03145240**



Reçu N°: 50258

Paiement du 03/08/2020 14h59

Actes

Montant 300,00 Dh

Type de paiement Espèce