

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Au
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1419	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HOUSSAIN LAHSEN			
Date de naissance : 15/06/1859			
Adresse : Al-Bouti 5 Hotel Attia des Lauriers			
Tél. : 06 61 17 61 47	Total des frais engagés : 3283,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Houssein Lahsen
UROLOGIE - ECG / EMC
Clinique Barrada Quass
06 67 17 35 11
NP : 09 1032391

Date de consultation : **23.06.2021**

Nom et prénom du malade : **HOUSSAIN LAHSEN** Age : **69 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Trachy de membre

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Concas**

Le : **16/09/21**

Signature de l'adhérent(e) :

Houssain Lahsen

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Personnel	Date	Montant de la facture
PHARMACIE SULAIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés "Les Jardins de Califor- nie" Imm. 1 Califor- nie 22 Tel. 05 22 21 98 04	23.6.21	PHARMACIE SULAIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés "Les Jardins de Califor- nie" Imm. 1 Califor- nie 22 Tel. 05 22 21 98 04 2992,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....
.....

— VOLET ADHERENT

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	$\begin{array}{r} H \\ \hline D & G \\ \hline B \end{array}$ <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

... ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

... 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)

مصحة جرادا الوازيس

الدكتور هشام العثماني

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

الدار البيضاء، المغرب

23/06/2021

Mr HOUDEIR LAHSEN

ARICEPT 10 mg Cpr pell B/28

766,00 X 3
AS

1 Comprimé le matin

EBIXA 10 mg Cpr pell Plq/56

231,00 X 3
AS

1 Comprimé le matin

TROIS MOIS

Docteur Hicham EL OTMANI
Professeur de l'enseignement supérieur
Electroneuromyographie (EMG)
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)

2994,00

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

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
EB/XA 10MG B28 CP PELL
P.P.V : 231,00 DH



Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
EB/XA 10MG B28 CP PELL
P.P.V : 231,00 DH



Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
EB/XA 10MG B28 CP PELL
P.P.V : 231,00 DH



Lot n°:	B553305
Ut. Avt. :	07-2023
P.P.V:	766DH00
Lot n°:	B553305
Ut. Avt. :	07-2023
P.P.V:	766DH00
Lot n°:	B553305
Ut. Avt. :	07-2023
P.P.V:	766DH00

CLINIQUE JERRADA OASIS

NOM DU PATIENT : M. HOUDEIR
LAHSEN
DATE DE NAISSANCE :
01/01/1946
CJO21F23182640



Reçu N°: 82637

Paiement du 23/06/2021 18h28

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 23-06-2021

Facture N° 11671/21

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CJO21F23182640

N° Identifiant : 004727/19

Nom & Prénom : M. HOUDEIR LAHSEN

C.I.N : ER

Adresse : CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 23-06-2021

Date Sortie : 23-06-2021

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
						0,00
PARTIE CLINIQUE :						
1	HONORAIRES MEDICAUX		300,00			300,00
	1 DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)					300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
					Total Rubrique :	300,00
					TOTAL GENERAL	300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Dr. El Otmane HICHAM
Neurologue / EMG
Clinique Jerrada Oasis
INP : 091032391

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *Houcine El Otmani*

Certifie que M^{me}, M^{me}, M. : *Houcine Latif*

Présente *de forte neurogénie chronique*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Chronique

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Professeur Hicnam EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Ierrada Quasis
06 67 17 33 11
INP : 09 10 52 22 22