

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.

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.

Prothétique :

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.

N° W21-670561

151540

| | | | |
|---|--|----------------------------------|-----------------------------|
| <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 : HOUDEIR LAHSEN | | | |
| Date de naissance : 15.06.1859 | | | |
| Adresse : 7 lots Hafid Allié des Lauriers | | | |
| Cité/Province : Casab | | | |
| Tél. : 06 61 17 61 47 Total des frais engagés : 3163,80 Dhs et 330,90 | | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 03/01/2023 | | |
| Nom et prénom du malade : HOUDEIR LAHSEN | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : EXPERTISE NEUROLOGIQUE | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EXPERTISE NEUROLOGIQUE | | |
| 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : H. Lahsen

Le : 32/03/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| es des ctes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | INP : 0910383911 |
| | | | | CHIRURGIEN D'OTOMA LOGUE |
| | | | | physiologiques. |
| | | | | 032391 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Exp. Montant de la Facture |
|---|----------------------|--------------------------------------|
| ARMARIA SOUDAH YOUSRA LAHABIB LAHOU des «Les Jardins de California 21 de Les Jardins 1 California Biel 55.22.21.98.94 | 03/01/23 23/01/23 | Tél: 06 61 7331 2 896 80 33650 |

ANALYSES - RADIOSOPHISTES SELARL PHARMACIE CENTRALE

| | | |
|---|-------------|--|
| Cachet et signature du oratoire et du Radiologue | Date | Désignation de l'établissement Coefficients |
| | | 37451 RUE DE BEZONS 92400 COURBEVOIE Tél : 01.43.33.75.96 Fax : 01.47.89.45.66 FINESS : 92.201.9039 RCS : 813.212.702 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- VOLET ADHERENT

fourniture de tous

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | G |
|--------------------|----------------------|
| 5533412 0000000 | 21433552 00000000 |
| 0000000 | 00000000 |
| 5533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

INP:

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

HET DU PRATICIEN

Dr Hicham EL OTMANI

Neurologue

Professeur de l'enseignement supérieur

Électroneuromyopie (EMG)

Électroencéphalographie (EEG)

Potentiels Evocés : 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

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للنطاق و العضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للرعاش

العجهدودات المثاررة

PHARMACIE SOULAIM

YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés «Les Jardins de Casablanca 2»
Bd. de Fès Imm. 1 Casablanca 2
Tél: 05.22.21.98.94

03/01/2023

Casablanca le

Mr HOUDEIR LAHSEN

589.00 X 4

ARICEPT 10 mg Cpr pell B/28

135.23 X 4 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

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

6 118001 170050



Laboratoires
Pfizer
S.A.

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

6 118001 170050

Laboratoires
Pfizer
S.A.

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

6 118001 170050

Laboratoires
Pfizer
S.A.

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

6 118001 170050

Laboratoires
Pfizer
S.A.

Lot: SJ0929A
Per: 10/2024
PPV: 135DH20

Lot: SJ0929A
Per: 10/2024
PPV: 135DH20

Lot: SJ0929C
Per: 10/2024
PPV: 135DH20

Lot: SJ0929A
Per: 10/2024
PPV: 135DH20

6 118001 170050

6 118001 170050

6 118001 170050

6 118001 170050

6 118001 170050

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

اختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب والصيدلية بالدار البيضاء

التحفيظ الكهربائي للأعصاب و العضلات

التحفيظ الكهربائي للدماغ

التحفيظ الكهربائي للرعاش

المجهودات المتأخرة

03/01/2023

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

SELARL PHARMACIE CENTRALE

37/45 Rue de BEZONS

92400 COURBEVOIE

Tél : 01 43 93 75 96 Fax : 01 47 89 45 66

FINFSS : 92 901 00 19 RCS : 813 212 792

Pharmacie Centrale Courbevoie
37 rue de Bezons 92400 COURBEVOIE
T.01 43 33 75 96-F.01 47 89 45 66 . 92 2 01903 9
10000344035
D.MD le 23-01-23

HOUDEIR LAHSEN

Ordo. du 23/01/2023 ETRANGER
Taux Cip Libellé et forme Qté Px Unit Monta
000 3400932645503 TOCO 500MG CAPS M 9 2,69 33,3
HD 1.02
065 Honoraire médic. remboursab 1 0,51 0,51
Total **33,90** Part : **0,00** TM **0,00** Assuré **33,90**



Pharmacie Centrale Courbevoie
37 rue de Bezons
92400 COURBEVOIE FRANCE
Tel 01 43 33 75 96-Fax 01 47 89 45 66
92 2 01903 9
Siret 81321279200010 / NAF 4773Z
N° TVA IC FR21813212792
SELARL
RCS 81321279200010 / Siren 813212792

Le 23/01/2023

Page 1/1

Montants en €

DUPPLICATA 1

Ticket 1788713

à 18:05:06

Date facture

23/01/2023

HOUDEIR LAHSEN
MAROC

| Code | Désignation | TVA | | Px Un. | Qté | Total TTC |
|---------------|----------------------------|-----|--|--------|-----|-----------|
| 3400932645503 | TOCO 500MG CAPS MOL PLQ/30 | F | | 3,71 | 9 | 33,39 |
| Honoraire | médic. remboursable | F | | 0,51 | 1 | 0,51 |

SELARL PHARMACIE CENTRALE
37/45 Rue de BEZONS
92400 COURBEVOIE
Tél: 01 43 33 75 96-Fax: 01 47 89 45 66
SIREN: 813212792 RCS: 813212792
Facture 23/01/2023

| | | | |
|-----------|--|-------|--------------------|
| Taux TVA | A : 0.00 B : 20.00 C : 10.00 D : 5.50 E : 33.33 F : 2.10 | | |
| Base H.T. | | 33,21 | Total H.T. 33,21 |
| TVA | | 0,69 | Total T.V.A. 0,69 |
| TTC | | 33,90 | Total T.T.C. 33,90 |
| Nombre | | 10 | |

1 ligne, 10 produits D. MD (NF 525) Pharmaland V 12.578 B 0174 UzXL

La Pharmacie vous remercie de votre aimable visite Produits ni repris ni échangés

A régler 33,90

Réglé Espèces le 23/01/2023