

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.

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.

Prothèse :

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-670561

151540

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUDER LAHSEN

Date de naissance : 15.06.1952

Adresse : 7 Lot Hachid Alie des Lauriers

Tél : 06 61 17 61 47

Total des frais engagés : 3169,80 HT et 330,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2023

Nom et prénom du malade : Houdier Lahsen

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 02-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 03/01/2023 | 1 | 30000 | INF : 0910381391 |

Professeur ~~Neurologue~~
NEUROLOGUE
Expériences Neurophysiologiques:
6 ORDONNANCES
Tél: 06 67 17 33 11 - INP: 091032391
Montant de la Facture

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|--------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Explication Montant de la Facture |
| | 03/01/23 | 2896.80 |
| | 23/01/23 | 33€90 |

[illegible][illegible]


fourniture de tous

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr 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)

الدكتور هشام العثماني
إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للرعاش
المجهودات المثارة

03/01/2023

Casablanca le

Mr HOUDEIR LAHSEN

ARICEPT 10 mg Cpr pell B/28

135.20 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.

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

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

ARICEPT 10MG 28 CPS
P.P.V : 589DH00
6 118001 170050
Laboratoires
Pfizer S.A.

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

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

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.

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
إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أستاذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات
التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للرعاش
المجهودات المثارة

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

37745 Rue de BEZONS
92400 COURBEVOIE
Tél : 01 43 33 75 96 Fax : 01 47 89 45 66
SIRET : 92 201 0039 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 | medic. 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 €

DUPLICATA 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
CINFR: 92 201 9134 RCS: 813 212 792
Echue

| 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