

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W19-524860

ND: 33432

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1449 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HOUSSEIN LAHSEN
 Date de naissance : 15-06-1952
 Adresse : 7, 05, Hôpital, Allée des Lamiens, Casablanca
 Tél. : 06 61 76 147 Total des frais engagés : 2598,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Prescripteur Hicham EL OTMANI
 Cachet du médecin : NEUROLOGUE - EEG / EMG
 Clinique Jerrada Oualis
 06 67 17 33 11
 Date de consultation : 04-03-2020 INP : 091032391
 Nom et prénom du malade : HOUSSEIN LAHSEN
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : trouble neurologique
 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 : Casablanca Le : 15/03/2020
 Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
04/03/2020	CS		300,00 DH	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Professeur Hicham EL OTMANI NEUROLOGUE - BEG / AMG Clinique Jerrada Onasis 00 54 17 33 11 09 109 33 91

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/20	2298.00

[illegible]

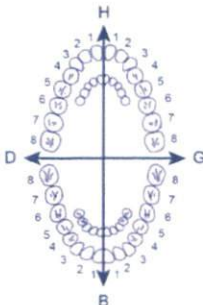
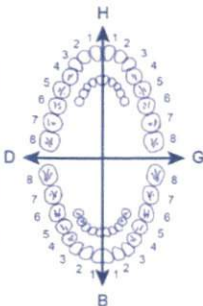
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

04-03-2022

الدار البيضاء، في

مصحة جرادة الوازيس

الدكتور هشام العثماني

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

أساتذ التعليم العالي بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المجهودات المثارة

Dr. Houdeir Lahsen

766.00 x 3

Anapt 1000

1 - 0 - 0

= 2298.00

3 jours

Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 091032391

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

Lot n°: Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V: 766DH00

Lot n°: Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V: 766DH00

Lot n°: Ut. Avt. :

B372708 12-2021

P.P.V: 766DH00

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 04-03-2020

Facture N° 03781/20							
A. Identification N° Dossier : CJO20C04151210 N° Identifiant : 004727/19 Nom & Prénom : M. HOUDEIR LAHSEN C.I.N : ER Adresse : CASA				C. Débiteur page 1/1 Organisme : Payant D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 04-03-2020 Date Sortie : 04-03-2020			
Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PARTIE CLINIQUE :						0,00	
HONORAIRES MEDICAUX							
1	DR. EL OTMANI HICHAM (NEUROLOGUE)		300,00			300,00	
Total Rubrique :						300,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						300,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL		300,00	

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Professeur Hicham EL OTMANI
NEUROLOGUE - EEG / EMG
Clinique Jerrada Oasis
06 67 17 33 11
INP : 091032391