

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

### **Réditions 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.

N° W19-558821  
393 20

Optique

Au

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1419

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUDEIJ LAHSEN

Date de naissance :

15-06-1952

Adresse :

7 lots Hafid Illeïl Des Lauriers  
Calypso 9000 CASA

Tél. :

06 61238879

Total des frais engagés :

2588,00 Dt

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24.08.2020

Nom et prénom du malade :

HOUDEIJ LAHSEN Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

phantomique

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 certifie avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 24.08.2020

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26-08-2020	CS	300,000 H	INP : 091039351

*NEUROLOGUE EEG / EMG  
Dr. J. L. Ferrada Quassis  
INP : 091039351*

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA LIBERTE	24/08/20	2298,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H 25533412 21433552  
00000000 00000000

D 00000000 00000000  
35533411 11433553 G

B [Création, remont, adjonction]  
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



090061078

CASABLANCA Le : 24-08-2020

**Facture N° 11361/20****A. Identification**

N° Dossier : CJO20H24171737

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 : 24-08-2020

Date Sortie : 24-08-2020

Médecin traitant : DR . EL OTMANI HICHAM

Traitement :

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

TROIS CENTS DIRHAMS

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

**Cachet et Signature**

# CLINIQUE JERRADA OASIS

**Docteur Hicham El OTMANI**

Neurologue

## Professeur de l'enseignement supérieur

- Electroneurographie (EMG) - Electroencéphalographie (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)

## Casablanca, le

ZM-08-L20

الدار البيضاء، في

مصححة جرادة الوازيس  
الدكتور هشام العثماني

الطب الكندي | Canadian Medical Association

التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

التخطيط الكهربائي للرعاش

المحودات المثارة

766.00 x 3

A right to my

T. 2298.01 1 — . — .  
LOTMANI 2

~~Professeur Hocine EL OTHMANI  
NEUROLOGUE FEG / EMG  
Clinique Jerrada - Sétif  
06 67 17 33 11  
INP : 091032391~~

Lot n°:	Ut. Avt. :
<b>B372708</b>	<b>12-2021</b>
P.P.V:	<b>766DH00</b>
Lot n°:	Ut. Avt. :
<b>B372708</b>	<b>12-2021</b>
P.P.V:	<b>766DH00</b>
Lot n°:	Ut. Avt. :
<b>B372708</b>	<b>12-2021</b>
P.P.V:	<b>766DH00</b>

# **CLINIQUE JERRADA OASIS**

**NOM DU PATIENT : M. HOUDEIR  
LAHSEN**  
**DATE DE NAISSANCE :**  
**01/01/1946**  
**CJO20H24171737**



Reçu N°: 52115

Paiement du 24/08/2020 17h18

**Actes**

**Montant**

**300,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**

Imprimé par : **EL KASRI SAMIR** Le  
24/08/2020 17h19