

# 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



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-677215

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9025 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KISSIM ADIL  
 Date de naissance : 22/06/73  
 Adresse : LOT YAKBOUR Rue 24 N°25 Hay Hassan  
 Tél. : 0662863203 Total des frais engagés : 379,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. EL HABIB CHENNEM**  
 NEUROCHIRURGIEN  
 IMM. ZAKAR AV. KENNEDY  
 0624 461296 - 07 0077788  
 INPE: 111189213

Date de consultation : 12/09/23  
 Nom et prénom du malade : ADIL KISSIM Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : SL supraspinal  
 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 : 15/09/23 casg Le : 15/09/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

Dr. EL HABIB CHENNEB  
NEUROCHIRURGIEN  
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY  
0524 461236 - 07 0077 00  
1994-11-198319

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LE CREPUSCULE</b> Rue 56 Lot. Hassania II N° 20 CASABLANCA Tél/Fax : 05 22 90 00 47	22/03	620

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		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 canaux, 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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            11433553         </div> </div>			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"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]


				Coefficient des travaux	
				Montants des soins	
				Début d'exécution	
				Fin d'exécution	

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Elhabib GHENEM

## NEUROCHIRURGIEN

Spécialiste des Maladies et Chirurgie du Système Nerveux :  
la tête, la colonne vertébrale, la moelle épinière,  
vasculaire cérébrale (Epilepsie - Sciatique)

Adultes - Enfants

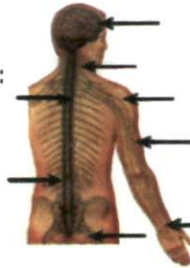
Électro - Encéphalographie

Expert assermenté auprès des Tribunaux

Ex Neurochirurgien à l'Hôpital

Universitaire IBN TOFAIL (CIVIL) de Marrakech

Ex Neurochirurgien l'Hôpital Med V de Safi



# الدكتور الحبيب غنام

اختصاصي أمراض وجراحة الجهاز العصبي

الرأس، شرايين الدماغ، النخاع الشوكي،  
العمود الفقري، داء الصرع، السباتيك  
الأطفال والكبار

التخطيط الكهربائي للدماغ

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن طفيل (سفييل) بمرآش

طبيب سابقا بمستشفى

محمد الخامس بأسفي

Safi, le : 22/6/23 : في : آسفي

## ORDONNANCE

KHALIDE ADI

SPERID 2mg

ANAFRANIL 2mg

LOT : 230601  
EXP : 03/2025  
PPV : 134,30DH

LOT : 230601  
EXP : 03/2025  
PPV : 134,30DH

EXP : 03/2025  
PPV : 134,30DH

EXP : MAR 2026  
PPV : 47,90 DH

EXP : MAR 2026  
PPV : 47,90 DH

LOT : M23065-3  
EXP : MAR 2026  
PPV : 47,90 DH

LOT 230844  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

LOT 230844  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

EL HABIB GHENEM  
NEUROCHIRURGIEN  
ZAKAR AV. KENNEDY  
467296-07 00771782  
INPE: 111189213

Dr. EL HABIB GHENEM  
NEUROCHIRURGIEN  
ZAKAR AV. KENNEDY

07 00 77 17 82 - 46 72 96 : الهاتف : آسفي - كينزوا)  
Imm ZAKAR, Ang. Kennedy et Rue Koutoubia (en face de l')