

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 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

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 Étage 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° W21-677207

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9290 Société :
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**
 Nom & Prénom : KHALID ADIL
 Date de naissance : 22/06/73
 Adresse :
 Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : 770,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL HABIB CHENNEM
NEUROCHIRURGIEN
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY
0634467296-07 00777788
NPE: 111188218

Date de consultation : 12/03/23
 Nom et prénom du malade : A. M. KHALID Age :
 Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**
 Nature de la maladie :
 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 : 12/03/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

DR. EL-HABIB CHENNEM
NEUROCHIRURGIEN
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY
06 23 46 12 96 - 07 00 77 7 82
INPE: 11189213

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LE CREPUSCULE</p> <p>56 Lot. Hassan II N° 13</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tel/Fax : 05 22 90 00 47</p>	12/09/03	620

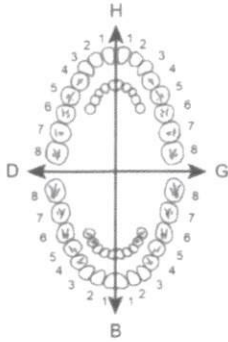
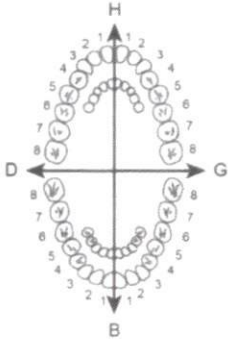
[illegible][illegible]

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"/>
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

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

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

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

		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

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

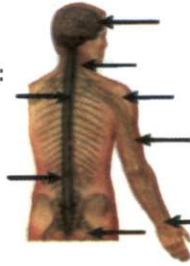
Électro - Encéphalographie

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، السياتيك
الأطفال والكبار

التخطيط الكهربائي للدماغ

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن طفيل (سفييل) بمراكش

طبيب سابقا بمستشفى

محمد الخامس بأسفي

أسفي، في : 12/09/23 Safi, le :

ORDONNANCE

Handwritten medical notes and prescriptions in Arabic, including names like KHALID ADIL, ANAGRAZIL 25, and AMERIL 5mg, along with various medical symbols and stamps.

LOT: M23079
EXP: AVR 2026
PPV: 47,90 DH

LOT: M23079
EXP: AVR 2026
PPV: 47,90 DH

LOT: M23079
EXP: AVR 2026
PPV: 47,90 DH

36,70

36,70

LOT : 230996
EXP : 07/2025
PPV : 134,30DH

LOT : 231001
EXP : 07/2025
PPV : 134,30DH

LOT : 230996
EXP : 07/2025
PPV : 134,30DH

Dr. EL HABIB GHENEM
NEUROCHIRURGIEN
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY
0624 461296 - 07 00 77 17 82
099 11188218

07 00 77 17 82 / 05 24 46 12 96 : الهاتف - أسفي - (مقابل فندق كينزوا) - شارع كندي وزنقة الكتبية
Imm ZAKAR, Angle Av. Kennedy et Rue Koutoubia (en face de l'Hôtel KENZO) - Safi - Tél : 05 24 46 12 96 / 07 00 77 17 82