

# 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

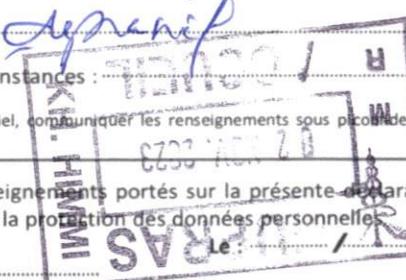
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-677207

|  |                                       |                                  |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie            | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                          |                                       |                                  |
| Matricule : 9790                                       | Société :                             |                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : KHALID ADIL                             |                                       |                                  |
| Date de naissance : 22/06/73                           |                                       |                                  |
| Adresse :  |                                       |                                  |
| Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : 820,00 Dhs |                                       |                                  |

|                                     |  |  |                                 |
|-------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin   |  |                                 |
|                                     | Cachet du médecin :<br><b>DR. EL HABIB CHENNEB</b><br><b>NEUROCHIRURGIEN</b><br><b>IMM. ZAKAR AV. KENNEDY</b><br><b>0624407296-0700771788</b><br><b>092111188218</b> |  |                                 |
|                                     | Date de consultation : 14/09/23  | Nom et prénom du malade : A. Adil KHALID Age : |                                 |
|                                     | Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint              | <input type="checkbox"/> Enfant |
|                                     | Nature de la maladie : A. Adil KHALID  |  |                                 |
|                                     | En cas d'accident préciser les causes et circonstances : A. Adil KHALID  |  |                                 |
|                                     | 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 : 15/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 



### RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/03/23        | C2                | 150                   | 150                             | INP : 111189213  |

DR. EL HABIB CHENNEM  
NEUROCHIRURGIEN  
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY  
0628461298 - 070077782  
INP: 111189213

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE LE CREPUSCULE<br>Rue 56 Lot. Hassan II N° 13<br>CASABLANCA<br>Tel / Fax : 05 22 90 00 47 | 12/03/23 | 620                   |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

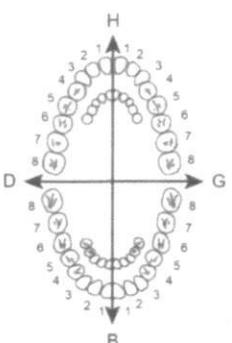
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                |                  |             |                            |



### ODF PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |
|---|--|
| H   | 25533412 21433552<br>00000000 00000000 |
| D   | 00000000 00000000<br>35533411 11433553 |
| B   | G                                      |

|  |  |
|--|--|
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | 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

Docteur Elhabib GHENNEM

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، شرائين الدماغ، النخاع الشوكي،  
العمود الفقري، داء المصرع، السيatic  
الأطفال والكبار

التخطيط الكهربائي للدماغ

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابقًا بالمستشفى الجامعي

ابن طفيل (سفيل) بمرانش

طبيب سابقًا بمستشفى

محمد الخامس بأسفي

Safi, le : ١٤٠٩١٢٣ آسفي، في :

## ORDONNANCE

ATSO 3 KHALFAD ADL  
— ANAFRANTIL 25  
3670 x 2 0 — 1 < Im  
— Amibel 5 mg  
TSI 30 x 3 0 — 1 < Im  
— Esperid 2 mg  
B20

Dr. EL HABIB GHENNEM  
NEUROCHIRURGIEN  
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY  
0524461296-070077022  
0524461296-070077022  
0524461296-070077022

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

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

LOT : MAI 2026  
EXP : MAI 2026  
PPV : 47,90 DH

36170

36120

LOT : 230996  
EXP : 07/2025  
PPV : 134,300 DH

LOT : 231001  
EXP : 07/2025  
PPV : 134,300 DH

LOT : 230996  
EXP : 07/2025  
PPV : 134,300 DH