

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-442101

106865

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9020 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHALIDA ADIL

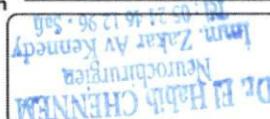
Date de naissance : 22/06/73

Adresse :

Tél. : 0662763203 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/22

Nom et prénom du malade : KHALIDA ADIL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Céphalées crémorales

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.

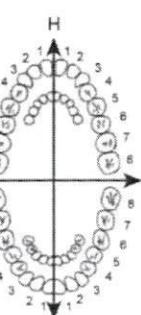
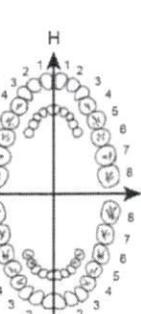
Fait à : Le : 09/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
26/11/22	CS		250.000	INP : 111118910113
				El Habib CHENNAI Neurochirurgien Zaïd 2024 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CREpuscule N° 56 Lot. Hassania II N° 13 CASABLANCA Tél./Fax : 05 22 96 10 47	17/06/2006	70023

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 l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (empty table rows)	Nature des Soins (empty table rows)	Coefficient (empty table rows)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				

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

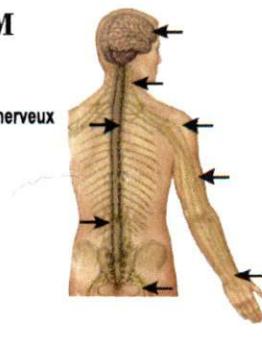
Électro - encéphalographie

Expert assermenté auprès des tribunaux

Ex Neurochirurgien à l'hôpital

Universitaire IBN TOFAIL (CIVIL) de MARRAKECH

Ex Neurochirurgien à l'hôpital Md V de SAFI



الدكتور الحبيب غنام
اختصاصي أمراض وجراحة الجهاز العصبي

الرأس، شرائين الدماغ، النخاع الشوكي
العمود الفقري، داء الصرع، السيatic

الأطفال والكبار

التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي

ابن طفيل (سفيل) بمراكش

طبيب سابق بمستشفى

محمد الخامس بأسفي

آسف في : Safi le : 26 Janv 2022

ORDONNANCE

KHALDOU ADEL

8360023

755

ESPERID 2 mg

S.V.

478086

758

ANAFRANIL 2 mg

S.V.

3ml

360032

757

Axial 6 mg

S.V.

3ml

El Habib GHENNEM

NEUROCHIRURGIEN

IBN TOFAIL AV. KENNEDY
SAFI 296 SAFI

0524461296 0524461296

0524461296 0524461296

عمارة زكار ملتقي شارع كندي زنقة الكتبية (مقابل فندق كينزو) آسفى - الهاتف : 0524461296 - 0700771782

Imm ZAKAR, Angle AV Kennedy et Koutoubia (En face de l'hôtel KENZO) SAFI - Tél : 0524461296 / 0700771782

LOT : 211398
EXP : 10/2023
PPV : 236,00 DH

LOT : 211398
EXP : 10/2023
PPV : 236,00 DH

LOT : 211398
EXP : 10/2023
PPV : 236,00 DH

LOT : M21134
EXP : AOU 2024
PPV : 47,90 DH

LOT : M21106
EXP : AOU 2024
PPV : 47,90 DH

LOT : M21106
EXP : AOU 2024
PPV : 47,90 DH

LOT : M21134
EXP : AOU 2024
PPV : 47,90 DH

LOT : M21106
EXP : AOU 2024
PPV : 47,90 DH

LOT : M21106
EXP : AOU 2024
PPV : 47,90 DH

36,70

36,70