

# RECOMMANDEATIONS 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° W19-442103

NO 6862

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5020 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : KHALID ADIL

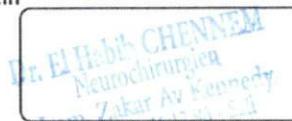
Date de naissance : 22/10/61

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 : GHENNAEM EZZ KHANSA Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : SA de pression R

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Le : 17/03/22

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
26/09/22	CS		252.00	INP : 1111189213 Dr. El Hadji Cheikh Ndiaye Neurochirurgien Imam Zaid Kennedy Sadi

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE LE CREPUSCULE 56 Lot Hassania II CASABLANCA Tél/Fax : 05 28 90 00 47</del>	86/01/8802	746,30

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

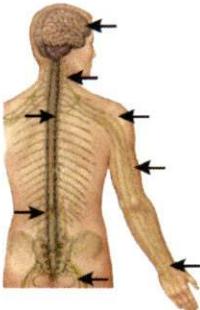
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																									
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
				MONTANTS DES SOINS																									
				DEBUT D'EXECUTION																									
				FIN D'EXECUTION																									
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  																									
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
				H		G																							
				25533412	21433552																								
				00000000	00000000																								
D		G																											
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
B																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																													
MONTANTS DES SOINS																													
DATE DU DEVIS																													
DATE DE L'EXECUTION																													

**Docteur Elhabib GHENNEM**  
NEUROCHIRURGIEN

Spécialiste des maladies et chirurgie du système nerveux  
la tête, la colonne vertébrale, la moelle épinière,  
Vasculaire cérébral (Epilepsie - Sciatique)

Adultes - Enfants  
Eléctro - encéphalographie  
Expert assérmenté 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 البصري

الرأس، شرائين الدماغ، النخاع الشوكي  
العمود الفقري، داء المصرع، السيatic  
الأطفال والكبار  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
خبير محلف لدى المحاكم  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي  
ابن طفيل (سفيل) مراكش  
طبيب سابق بمستشفى  
محمد الخامس بأسفي

Safi le : ..... آسف في : 26 Janv 2022

**ORDONNANCE**

8710022  
S.V. G HENNEM EL KHANSA  
Sciatip 10  
3380x5 S.V. 750 3 min  
Dofmetil 50  
338c 750 3 min  
anodyl forte  
74630 S.V. 750 3 min  
Dr. El Habib GHENNEM  
NEUROCHIRURGIEN  
IMM ZAKAR AV. KENNEDY  
Tel 05 24 46 12 96 SAFI

LOT : KE10094  
PER. AUT 2023  
PPV : 271 DH 00

LOT : KE10094  
PER. AUT 2023  
PPV : 271 DH 00

Dogmatil 50mg  
20 Gélules

P.P.V : 32DH90

LOT : 21E005

PER. : 06 2024



6 118000 061199

Dogmatil 50mg  
20 Gélules

P.P.V : 32DH90

LOT : 21E006

PER. : 06 2024



6 118000 061199

Dogmatil 50mg  
20 Gélules

P.P.V : 32DH90

LOT : 21E006

PER. : 06 2024



6 118000 061199

PPV: 39DH90  
PER: 10/24  
LOT: K2709