

## 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° W21-677219

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9020</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>MX5703</b>
Nom & Prénom : <b>KHATIDI ADIL</b>			
Date de naissance : <b>21/06/73</b>			
Adresse : <b>lot yakour Rue 24 n°25 Haytassam 2000</b>			
Tél. : <b>0662763203</b>	Total des frais engagés : <b>877,00</b> Dhs		
Cadre réservé au Médecin <b>DR. EL HABIB GHENLEM NEUROCHIRURGIEN IMM. ZAKAR AV. KENNEDY 0534 467296 - 07 00771782 INPE: 111188213</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>22/01/23</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EC KHAUSA GHENLEM</b> Age : <b>50</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>épilepsie chronique</b>			
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 : **0219**

Signature de l'adhérent(e) : **El HABIB GHENLEM**

Le : **15/09/23**



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 Renseignement
22/6/23	Dr. EL HABIB CHENNEK NEUROCHIRURGIEN IMM. ZAKAR AV. KENNEDY 2624461298-0700777782 INPE: 111189213	1	ABIB CHENNEK INPE: 111189213 M. ZAKAR AV. KENNEDY 2624461298-0700777782 INPE: 111189213	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>HARMACIE LE CREpuscule</b>            Rue 56 Lot Hassania II N° 13  <b>CASABLANCA</b>            TÉL/FAX 05 22 90 00 47</p>	27/05/03	687,40

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.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
ODF PROTHÉSES DENTAIRES				
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> 				
$  \begin{array}{r rr}  & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  & B &  \end{array}  $				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>				
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>				
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input 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

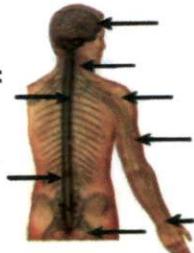
Eléctro - Encéphalographie

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

احترامي أهلاً ومرحباً وبرحة الجهاز العصبوي

الرأس، شرائين الدماغ، النخاع الشوكي،  
العمود الفقري، داء الصرع، السباتيكي  
الأطفال والكبار

التحلط الكهربائي للدماغ

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي

أين طفيلي (سفيل) بمراكنش

طبيب سابق بمستشفى

محمد الخامس بأسفي

Safi, le : 22/5/23 آسفى، في :

## ORDONNANCE

EL KHANSA

GHENNEM

1563023

S.V.

778

Swtop 10

LOT : KE20002  
PER : NOV 2023  
PPV : 154 DH 30

38500

S.V.

780

— 1

LOT : KE20002  
PER : NOV 2023  
PPV : 154 DH 30

68750

D

OGMATIC

— — — 1

PER : NOV 2023  
PPV : 154 DH 30

Dr. EL HABIB GHENNEM  
NEUROCHIRURGIEN  
IMM. ZAKAR AV. KENNEDY  
9624461296-0700771782  
INPE: 111189213

32,90 →

HARMACIE LE  
Rue 56 lot. Ha  
CASA  
Tel. / Fax :  
32,90 →

LOT : 21601  
PER : 11 20  
LOT : 21601  
PER : 11 20

Dogmatil 50mg  
20 Gélules

P.P.V : 32DH90

LOT : 21601  
PER : 11 20  
LOT : 21601  
PER : 11 20

Dogmatil 50mg  
20 Gélules

P.P.V : 32DH90

LOT : 21601  
PER : 11 20  
LOT : 21601  
PER : 11 20

DOGMA 50MG  
GELULE B20

P.P.V : 32DH90

LOT : 21601  
PER : 11 20  
LOT : 21601  
PER : 11 20

DOGMA 50MG  
GELULE B20

P.P.V : 32DH90

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