

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-532617

53669

Maladie       Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2661

Société :

Actif       Pensionné(e)

Autre :

Nom & prénom : ABDOUN ABDEL HAFID

Date de naissance : 1951

Adresse : 115, Rue EL Fouqat, résidence la casse

Marrakech CASA

Tél. : 06 38878751

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 OCT. 2020

Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDEL HAFID Age: 69

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint

Nature de la maladie : Hypertension artérielle chronique

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'adhérent(e).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22 OCT. 2020			250,00 DH	INP : 151166078 Dr. Elham B-6078 Av. La Sidi El Moulouj, 1er Etage - N° 2 - Guellala - Centre American - Marrakech Tél: 05 24 43 71 08

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACIE ATTACHEE ABDELKADER EL AALI 1er Etage - N° 2 - Guellala - Centre American - Marrakech Tél : 05 24 31 68 77	22/10/20	56,10 DH

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
R	26/10/20	Bx 07	1324,80 dh

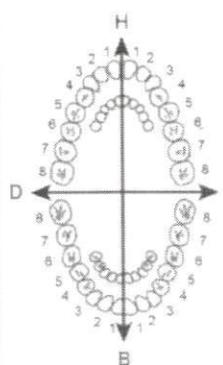
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

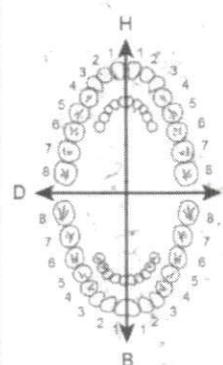


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Dr. SIHAM BELARBI

Neurologue - Diplômée de RABAT

(Epilepsie, Migraine, Vertige , AVC

Alzheimer, Parkinson, SEP Myopathies Neuropathies)

- Diplômée (EEG)-(ENMG)

- Diplômée en mouvement abnormal

- Diplômée en maladies neuro-vasculaires

Electroencéphalographie (EEG) - Electroneuromyographie (ENMG)



د. سهام  
بالعربي

أخصائية في أمراض الدماغ والأعصاب

(أمراض الصرع، آلام الرأس الدوحة، جلطة الدماغ

الزهيم، باركيسون، مرض التصلب المتعدد)

- Diplôme des études supérieures en neurophysiologie du cerveau et des nerfs

- Diplôme universitaire en neurosciences

- Diplôme universitaire en maladie de la moelle épinière

التحفيظ الكهربائي للدماغ "الشبكة" - التحفيظ الكهربائي للأعصاب والعضلات

Nom : **MR ABDOUN ABDELHAFID**

Marrakech Le 22/10/2020 مراكش في :

**1. Kardegic 160 mg**

1 sachet/jour à vie

**2. Nolip 10 mg**

1 Comprimé, soir pendant 03 mois renouvelable

**3. Tuneluz 20 mg**

1 Gélule, matin, pendant , 3 mois renouvelable

**4. Nootropyl 200 mg**

1 dose, matin, midi, soir, pendant , 3 mois

PHARMACIE ATTAKA  
ABDELHAMID BELARBI  
Av. Yacoub El Mansour, résidence Ahlam Porte B  
3er étage, Guéliz (à côté du Centre Américain) Marrakech  
Ref : 05 24 31 05 77

Dr. SIHAM BELARBI  
Neurologue  
Av. Yacoub El Mansour, résidence Ahlam Porte B  
3er étage, Guéliz (à côté du Centre Américain) Marrakech  
Tél: 05 24 43 77 08



شارع بعمق المنصور اقامة أحلام ب - الطابق الأول رقم 2 (قرب الم  
جامعة) - résidence Ahlam Porte B 1er Etage - Guéliz (à côté du Centre Américain  
Tél : 05 24 43 77 08 - E-mail : belarbi.siham@gmail.com

**Dr. SIHAM  
BELARBI**

Neurologue - Diplômée de RABAT

- ( Epilepsie, Migraine, Vertige, AVC  
Alzheimer, Parkinson  
Myopathies Neuropathies )  
- Diplômée en (EEG) - [ENMG]  
- Diplômée en mouvement anormal  
- Diplômée en maladies neuro-vasculaires  
Electroencéphalographie (EEG) - Electroneuromyographie (ENMG)



**د. سهام  
بالعربي**

**أخصائية في أمراض الدماغ والأعصاب**

(أمراض العصب ، إلأم الرأس الدموية، بحث المسباع  
الزهايمر، باكربيسون، عرض المصلب الشوهد )

- دبلوم الدراسات العليا في التحفيظ الكهربائي للدماغ والاعصاب

- دبلوم الماجستير في المركبات الازلادية

- دبلوم الماجستير في الأمراض الدموية المثلثية  
التحفيظ الكهربائي للدماغ "النبيك". التحفيظ الكهربائي للأعصاب، والعصارات

NOM : Mr. ABDOUN ABDELHAFID  
Age : 69ans

Date : 20/10/2023

### Bilan biologique :

- NFS, Plaquettes  
 VS  
 CRP  
 EPP  
 Ionogramme sanguin complet  
 GAJ + HGB A1c  
 Urée+ créatinine + clairance  
 GOT+GPT  
 Cholesterol total+ HDL+LDL+TG  
 TSH us  
 Vitamine B12,Folates  
 Hépatite B et C  
 TPHA/VDRL  
 VIH

**Dr. SIHAM BELARBI**  
Av. Yaï - Col. El M'zaz - Route d'Ourzazate - 1000 Fatache 8  
1er Etage - N° 2 - Guellala - Cité du Centre -marrakech  
Télé : 2437738



**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

▪ CES de biologie Faculté de Médecine Paris V

INFER 073002222 Paris VI

▪ Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

**صيدلي إحيائي**

▪ شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7

▪ جامعة الصيدلة بباريس 7

▪ ملحق سابق بابتسنتيريات باريس

**FACTURE N°:141760011**

**MARRAKECH LE : 24/10/2020**

**Nom et Prénom : ABDOUN ABDELHAFID**

**Prescripteur : Dr. Belarbi siham**

**Référence : 241020 011**

**BILAN :**

NF	B 80	+	BLIP	B 190	+	G	B 30	+	U	B 30	+
CR	B 30	+	HBA1	B 100	+	NA	B 30	+	K	B 30	+
CL	B 30	+	CO2	B 40	+	CA	B 30	+	P	B 40	+
MG	B 60	+	TSH	B 250	+						

**MONTANT NET : 1324,80 DHS Soit 970 B**

Mille trois cent vingt quatre Dh et quatre-vingts cts

# **LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TENSIFT**

**7, Route de Targa (Petit Marché)**

**Quartier El Ghoul**

**40000 MARRAKECH**

Tél 05 24 44 68 05 ---0661762297

**Dossier No 2410 011**

**du 24/10/2020 à 09h04**

**Patient : Mr ABDOUN ABDELHAFID**

Tél :

Age : 69 ans 9 mois 01/01/1951

Méd.Pr. : BELSI Belarbi siham

Arr.par :

Prélèv. : SOUAD

24/10/20 à 09h04

Info : 90 KG

CLAIRANCE

Analyses : NF BLIP G U CR HBA1 NA K CL CO2 CA P MG TSH

PAYE : 1000,00

RESTE A PAYER 0,00