

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, parodontologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-532617

53669

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 2664 Société : _____

☐ Actif ☒ Pensionné (e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID

Date de naissance : 15 OCT 1951

Adresse : 15 Rue EL Fouat, résidence la case 19002 - Marrakech CASA.

Tél. : 06 3887 8754 Total des frais engagés : _____

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 OCT 2020

Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDELHAFID Age : 69

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension 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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVÉ 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
22 OCT. 2020			250,00 DH	INP : 101166078

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/20	56,10 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

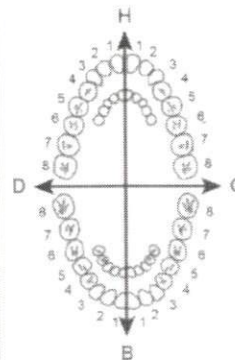
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/10/20	Bx	1324,80 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

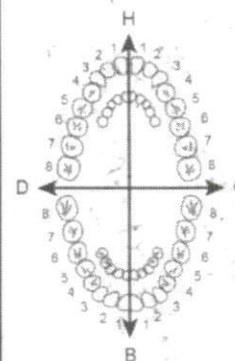
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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 anormal

- Diplômée en maladies neuro-vasculaires

Electroencéphalographie (EEG) - Electroneuromyographie (ENMG)



د. سهام بالعربي

أخصائية في أمراض الدماغ و الأعصاب

(أمراض الصرع، آلام الرأس الدوخة، جلطة الدماغ)

الزهايمر، باركنسون، مرض التصلب المتعدد)

-دبلوم الدراسات العليا في التخطيط الكهربائي للدماغ و الأعصاب

-دبلوم الجامعة في الحركات الإرادية

-دبلوم الجامعة لأمراض الأوعية الدموية الدماغية

التخطيط الكهربائي للدماغ "الشبكة" - التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

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

7

PHARMACIE ATTALI
ABDELHAMED TANALI
docteur en pharmacie
Avenue Abdelkrim el Khelil, 88, 30000 Marrakech
23 bis (à côté du Centre Américain)
Tél : 05 24 31 05 77

Dr. Siham BELARBI
Neurologue
Régence Ahlam Porte B
Avenue 1^{re} sous El Mansour
1^{er} Etage - N° 2 - Guéliz (à Côté du Centre Américain) - Marrakech
Tél: 05 24 43 77 08

56,10



شارع بعقوب المنصور إقامة أحلام ب - الطابق الأول رقم 2 (قرب الميناء)
Régence Ahlam Porte B 1^{er} 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

(الأمراض الصرع، آلام الرأس الدوخة، جملطة الدماغ

الزهايمر، باركنسون، مرض التصلب المتعدد)

- دبلوم الدراسات العليا في تخصص طب الأعصاب للدماغ والأعصاب

- دبلوم الجلوسية في الحركات الإرادية

- دبلوم الجلوسية للأمراض المزمنة للدماغ

التخطيط الكهربائي للدماغ "التشخيص" - التخطيط الكهربائي للأعصاب والمضلات

NOM : Mr. ABD OUN ABDELHAFID

Date :

22/10/2020

Age : 69 ans

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

7

Dr. SIHAM BELARBI
Neurologue
Av. Ta'assout El Moudjahid Agadesse - 11 km Porte B
1er Etage - N° 2 - Guédelma - Centre Médical - Marrakech
Tél : 06 23 43 77 08



Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- INPE 07 300 22 22 Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
- جامعة الصيدلة باريس VI
- ملحق سابقا بمستشفيات 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