

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0054669

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664 Société : **AA6805**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID  
 Date de naissance : 1954  
 Adresse : Res Riad Al Fouad Imam 7 appt 5 Av EL Mozalaha Marrakech  
 Tél : 06 73 23 44 95 Total des frais engagés : 1006,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Laïla PELARABI  
 Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 10 / 05 / 2022  
 Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDELHAFID Age: 71 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Démence  
 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 : Marrakech Le : 10 / 05 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

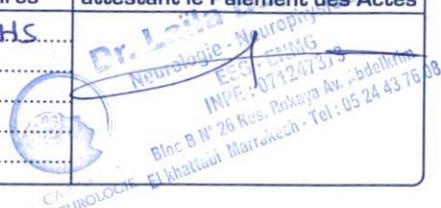
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**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
10/05/22	C.M.P.S.H		250,0 DHS	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-5-2022	756,70

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>SYNTHEMEDIC</b> 22 rue soubeir bnou el ouam roches noires casablanca <b>SEROQUEL</b> 25mg Cpr enr Boîte de 60 26816 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH 		<b>SYNTHEMEDIC</b> 22 rue soubeir bnou el ouam roches noires casablanca <b>SEROQUEL</b> 25mg Cpr enr Boîte de 60 26816 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH 	<b>SYNTHEMEDIC</b> 22 rue soubeir bnou el ouam roches noires casablanca <b>SEROQUEL</b> 25mg Cpr enr Boîte de 60 26816 DMP/21/NSF P.P.V.: 150,60 DH 

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

LOT: YE10095  
 PER: AOUT 2023  
 PPV: 154 DH 30

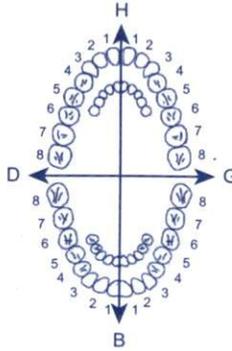


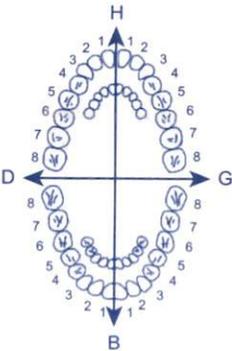
5 000455 006874

**RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	H	H																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE NEUROLOGIE

Dr Laila BELARABI  
الدكتورة ليلى بلعربي

# CABINET DE NEUROLOGIE

Epilepsie - AVC - Pathologies des nerfs et des muscles (neuropathies, myopathies, JNM) - Céphalées - Parkinson - Alzheimer et démences - Vertiges - SEP - Neuropédiatrie  
EEG (ElectroEncéphalogramme)  
ENMG (Electroneuromyogramme)

مرض الصرع - السكتة الدماغية - أمراض الأعصاب والعضلات - الصداع - الرأسي - باركنسون - الزهايمر والحرف - الدوار - التصلب العصبي المتعدد  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Marrakech le : 10/05/2022

M. ABDOUN Abdelhgfel

$150,60 \times 4 = 602,40$

1/ Serenquel 25 SV  
1 cp x 2 fois trt de 04 mois

2/ Trazodone 25 X  
1 cp x 2 fois - 0 - 1 fois trt de 03 mois

3/ S-Citap 10 SV  
1 cp le matin pdt 03 mois

756,70

صيدلية أفاء  
دكتور عبدون أفاء  
رقم 1094  
جانب  
13-12-84 : الهاتف :  
INPE : 0724437373

Dr Laila BELARABI  
Neurologie - Neurophysiologie  
Epilepsie - AVC - SEP - Vertiges - Démences - Parkinson - Alzheimer - Neuropédiatrie  
Bloc B - Marrakech - Guéliz - Abdelkrim Al Khattabi  
E-mail : lailabelarabineuro@gmail.com - Tel : 0524437608

N°26, Bloc B, Residence Rokaya, Avenue Abdelkrim Al Khattabi - Guéliz - Marrakech

0524437608 / Portable : 0661494144 dr.lailabelarabineuro@gmail.com

INPE : 071247373