

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-780557

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 81194

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EPPAHIL Mohamed

Date de naissance : 24/11/1960

Adresse : Résidence IBU Dement APP CN36

Tél. : 0653993200

Total des frais engagés : 3000/00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2019

Nom et prénom du malade : EPPAHIL Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

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
12/01/2023	G	G		INP : 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

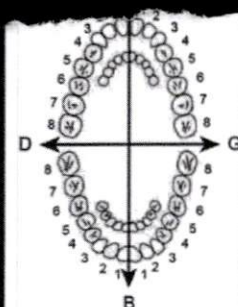
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/01/2023	236	3000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

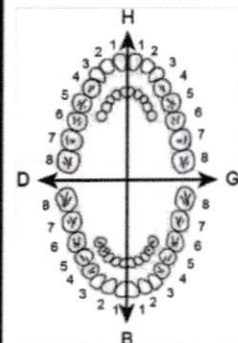
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

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

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'EXECUTION

PATIENT : ERRAHILI MOHAMED AMINE

**IRM DU GENOU DROIT**

**Indication :** Traumatisme du genou droit. Douleurs en regard du LLE.

**Technique:** Examen réalisé sans injection avec des coupes axiales, sagittales et coronales DP FATSAT, sagittales T1, T2\* et T2.

**RESULTATS :**

- Présence d'une plage de contusion osseuse hyperintense en DPFS à limites floues au niveau du plateau tibial externe sans fracture ostéo-chondrale.
- Absence d'anomalie de morphologie ou de signal IRM des ligaments croisés et latéraux, des tendons quadricipital et rotulien, ainsi que des rétinaculum patellaires.
- Absence d'anomalie de signal des ménisques.
- Absence d'épanchement intra articulaire.

En vous remerciant de votre confiance

مركز التصوير الطبي لمراكش  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Bab Ighli - Route de l'aéroport  
Tel : 05 24 36 96 00 - Fax : 05 24 44 40 42  
E-mail : c.imagerie.marrakech@gmail.com



**Clinique  
Internationale**

**CIM Santé  
Marrakech**

Marrakech, le : .....12/01/2023

**Facture**  
**N°00099/2023**

RTE DE L'AÉROPORT,  
BAB IGHLI 40000  
MARRAKECH  
TÉL. : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
FAX : 05 24 44 40 42

طريق المطار، باب إغلي  
40 000 مراكش

الهاتف : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
الفاكس : 05 24 44 40 42

CNSS 8670483  
PATENTE 45050655  
IF 40222599  
ICE 00167628000058

ANESTHÉSIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
CHIRURGIE THORACIQUE  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHÉTIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISCÉRALE  
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HEMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PÉDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE  
0524 369 600  
SERVICE CONSULTATIONS  
0666 643 837 / 05 24 36 95 45  
SERVICE PRISE EN CHARGE  
05 24 36 95 85 ET 0662 854 677  
SERVICE FACTURATION  
0662 852 953 - 05 24 36 95 55

**Je Soussigné(e) certifie que Mr. ERRAHILI  
MOHAMED AMINE a effectué le bilan radiologique  
suivant :**

**Examen(s) réalisé(s) :  
IRM GENOU**

**Montant: Trois mille (3000 DH)**

**Dont le montant est :**

**La présente note est arrêtée à la somme de:  
TROIS MILLE DH**

**REGLEMENT : ESPECES**

**Valeur en votre aimable règlement**

مركز التصوير الطبي لمراكش  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Rte. Igni - Route de l'aéroport  
Tél : 05 24 36 95 40 Fax : 05 24 44 40 42  
Email : cim.marrakech@clinique.com

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM



**Clinique  
Internationale**

**CIM Santé  
Marrakech**

RTE DE L'AÉROPORT,  
BAB IGHLI 40000  
MARRAKECH  
TÉL. : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
FAX : 05 24 44 40 42

طريق المطار - باب إغلي  
40 000 مراكش

الهاتف : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
الفاكس : 05 24 44 40 42

CNSS 8670483  
PATENTE 45050655  
IF 40222599  
ICE 00167628000058

ANESTHÉSIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
ET INTERVENTIONNELLE

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

RHUMATOLOGIE  
CHIRURGIE THORACIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE

CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE

CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHÉTIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE

CHIRURGIE VISCÉRALE  
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE

ENDOCRINOLOGIE  
HEMATOLOGIE

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE

PÉDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE

PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE  
0524 369 600

SERVICE CONSULTATIONS  
0666 643 837 / 05 24 36 95 45

SERVICE PRISE EN CHARGE  
05 24 36 95 85 ET 0662 854 677

SERVICE FACTURATION  
0662 852 953 - 05 24 36 95 55

Marrakech, le : 12/01/2023

M<sup>dr</sup> = ERRAHILI - Mod AMIN

Traumatisme du genou

Douleur rogen d du  
LL3.

faire = IRM Genou

المعيمة الدولية للصحة  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Bab Ighli - Route de l'aéroport 40 000 Marrakech  
Tel : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42  
SCS - URGENCES  
Dr. Samia IDRISSA  
Directrice Médicale  
Tel : 05 24 36 95 05 / GSM : 06 820 99 52  
sidrissi@clinique-internationale.com

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM