

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° W19-532623

ND: 31380

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID

Date de naissance : 1951

Adresse : 115, Rue Fouata Apt 502 Rés la case, Marrakech

CASABLANCA

Tél. : 0638878751

Total des frais engagés : 17574,50 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDELHAFID Age: 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Hydrocephalie

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'at

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 : Marrakech

Le : 03 / 03 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Abdoun

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 Paiement des Actes
03.10.2020	Voir facture		124.00	DR. HABIB MEHDY NEFROLOGIE & CHIRURGIEN PROFESSORAL ENSE. SUP. CHU Hassan II - Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

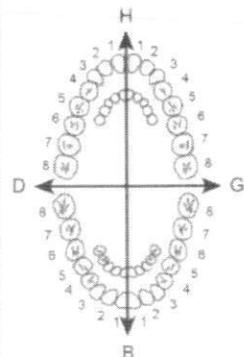
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

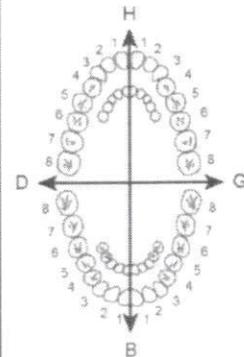
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

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

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

CIM

CLINIQUE
INTERNATIONALE
MARRAKECH

المصحة الدولية
لمراكش

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

طريق المطار، باب إغلي
مراكش 40 000
الهاتف : 05 24 36 95 95 :
05 24 44 40 40 :
الفاكس : 05 24 44 40 42

ANESTHESIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCERALE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HÉMATOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
PNEUMOLOGIE
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE
0524 369 600
SERVICE CONSULTATIONS
0666 643 837
SERVICE PRISE EN CHARGE
0673 961 316 ET 0662 854 677
SERVICE FACTURATION
0662 852 953

MARRAKECH LE 02.10.3.12.02

Mr ABDOU Abdellatif.

Matériel :

Vole n° 608 DVP

Pr. LAGHMAR MEHDY
Né le 08/07/1955, SUP.
Professeur à l'U.S. SUP.
CHU tiba marrakech 11 - Marrakech
المصحة الدولية لـ تبا مراكش
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bas Ighli Route de l'aéroport 40 000 Marrakech
Tel. : 05 24 44 40 40, Fax : 05 24 44 30 42
SECRETARIAT (2)

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

F A C T U R E

N° : 7094 / 2020 du 03/03/2020

Nom patient **ABDOUN ABDELHAFID** Entrée 02/03/2020
PAYANT Sortie 03/03/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
COMPLT SEJOUR	1,00		600,00	600,00
ACCOMPAGNANT	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	900,00
Total Clinique				900,00
ERAMEDIC (materiel d'ost)	1,00		11 500,00	11 500,00
			<i>Sous-Total</i>	11 500,00
Total Autres prestations				11 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DOUZE MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	12 400,00

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE: 145 450 21211 23251510004 70

الClinique Internationale de Marrakech
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Ighli, Route de l'Aéroport, 40000 Marrakech
Tél: 05 24 44 10 40 / 05 24 44 10 42
SOCIÉTÉ DE CAPITALISATION

M. AB Deum Abdelhaqid.

clinique internationale de marrakech
Bab Igli 30000 Marrakech
Tel: 05 24 44 40 50 Fax: 05 24 44 42
SECRETARIAT ③

Modèle S. 2 bis

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

- 1) – Date de la constatation de l'état du malade :

02/10/2000

- 2) – Renseignements cliniques sommaires :

Hypertension chronique
de l'adulte

- 3) Traitement envisagé correspondant à la cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande d'entente préalable (si possible, nombre des actes en série) :

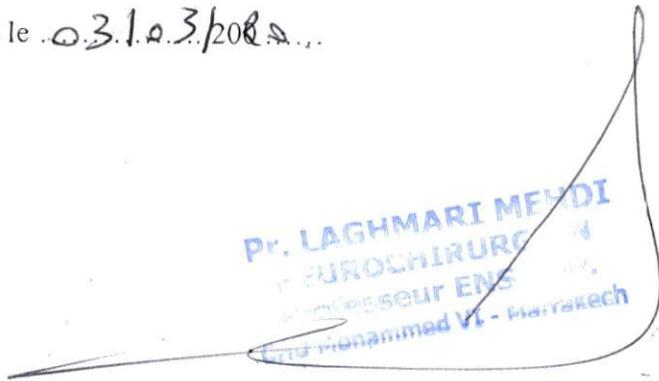
DVP RTO D60)

- 4) Durée prévisible du traitement :

6 mois

A Marrakech, le 03.10.2000...

Signature :





eramedic

CLINIQUE INTERNATIONAL-MARRAKECH

CLINIQUE INTERNATIONAL

MARRAKECH

I. C. E: 001676280000058

Dep/Com

Compte client N° C7023

Casablanca, le 04/03/2020

Bon de Commande N°

Marché N°

Bon de livraison N° BLM200130

FACTURE N°

FM200126

CODE ARTICLE	DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	DECOMPTE
42866	VALVE 42866 FP-STRATA 2 REGULAR	1	9 000,00	9 000,00
23047	CATHETER 23047 PERIT STD OE W/SITS 120	1	1 200,00	1 200,00
41101	CATHETER 41101 CSF-VENT CATHETER STD BAR IMP	1	1 300,00	1 300,00

PATIENT : Mr ABDOUN ABDELHAFID

MONTANT TOTAL TTC

11 500,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

Onze mille cinq cents Dirhams

- Dont T.V.A. 20% : 1 916,67

Valeur en votre aimable règlement

ERAMEDIC
246, Bd Mohammed V
Tél: 05 22 30 69 21 (L.G)
Fax: 05 22 30 83 05 et 10 26 08
CASABLANCA



CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH**MARRAKECH****Reçu de caisse**

N° : 2003031727150270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
57509-20	ABDOUN ABDELHAFID	03/03/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BP°2193601 abdelhafid abdoun 1/2	4 614,00
MUPRAS	Total payé	4 614,00
QUATRE MILLE SIX CENT QUATORZE DIRHAMS		

Reçu établi par : BENSGHIR

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

MARRAKECH

Reçu de caisse

N° : 2003031727340270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
57509-20-1	ABDOUN ABDELHAFID	03/03/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BP°2193601 abdelhafid abdoun 2/2	12 900,00
PAYANT	Total payé	12 900,00

DOUZE MILLE NEUF CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : BENSGHIR