

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-532623

ND. 31380

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

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 Fomate APT 502 Rist la case, Maarif CASABLANCA

Tél. : 0638878751 Total des frais engagés : 17514,00 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 ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

# 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
03/03/2020	Voir facture		12400,00	Dr. J. ARI MEHDI CHIRURGIEN DENTISTE SUP. CHU Ibn Rochd - Marrakech

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

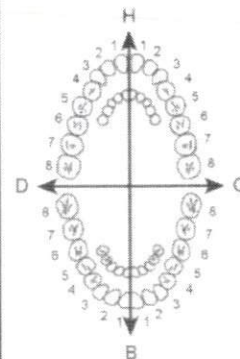
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

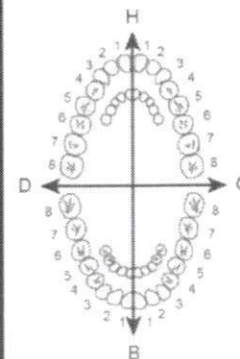
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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





CLINIQUE  
INTERNATIONALE  
MARRAKECH

المصحة الدولية  
لمراكش

RTE DE L'AÉROPORT.  
BAB IGHLI 40000  
MARRAKECH  
TEL. : 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

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  
& ESTHETIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISCERALE  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HEMATOLOGIE  
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 ..... 02.10.2020

Mr ABDOUN Abdelhakbid.

Matériel :

Unve réglable DVP

PR. LAGHMANI MEHDI  
NEURORADIOLOGIEN  
Professeur en S.M.S. SUP.  
CHU Mohammed VI - Marrakech  
المصحة الدولية  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Bab Igthi Route de l'aéroport 40 000 Marrakech  
Tel : 05 24 36 95 95 / Fax : 05 24 44 40 42  
SECRETARIAT ③

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**  
**PAYANT**

Entrée 02/03/2020

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
<b>Total Clinique</b>				<b>900,00</b>

ERAMEDIC (materiel d'ost)	1,00		11 500,00	11 500,00
			<i>Sous-Total</i>	11 500,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>11 500,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
DOUZE MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>12 400,00</b>

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE: 145 450 21211 23251510004 70

المركز الدولي لمراكش  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Bab Ighli, Route de l'Aéroport, Marrakech  
Tél 05 24 44 40 40 / 05 24 44 40 42  
SCIERIFICATION

M. AB Doun Abdelkader.

CLINIQUE INTERNATIONALE  
Bab Ighni 36.71 tel : 05 24 44 40 40 / fax : 05 24 44 40 42  
SECRETARIAT ③

Modèle S. 2 bis

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

02/03/2020

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 D20)

4) Durée prévisible du traitement :

6 mois

A Marrakech, le 03.10.2020.

Signature :

Pr. LAGHMARI MEHDI  
CHIRURGE  
PROFESSEUR ENS  
Hôpital Mohammed VI - Marrakech



**eramedic**

CLINIQUE INTERNATIONAL-MARRAKECH

CLINIQUE INTERNATIONAL

MARRAKECH

I. C. E:

001676280000058

Dep/Com

Compte client N° C7023

Bon de Commande N°

Marché N°

Bon de livraison N° BLM200130

Casablanca, le 04/03/2020

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 63 05 et 30 26 08  
CASABLANCA



## 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 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		