

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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° M20- 0009496

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8C994

Société : 48995

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ERRAHIDI Mouloud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-09496

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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
- ~~Reclamations en ligne~~ : 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° W19-586161



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3434

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

196 60 84 20 39 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

DR. S. MARIAM HENNA CHIRURGENE ENS. SUP. VI - Marrakech

Age: 50 ans

Enfant

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
04 AO 2010		cf	CG	INP : <span style="font-family: cursive;">MARI MELI</span> <span style="font-family: cursive;">CHIRURGEON</span> <span style="font-family: cursive;">ENS. SUP</span> <span style="font-family: cursive;">MARI MELI</span>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
659		

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>D</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>G</b>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
	<b>B</b>			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 OBSTÉTRIQUE  
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 ...

21/10/2020

Dr Saghini Nouria

fone SV P

Dr Rachid Laabidi

Rx Rachid Cerv'ale F18

Rx : Dr Rachid Laabidi

Pr. LAGHMARI MENDI  
Pr. NEUROCHIRURGIEN  
Professeur FNS : SUP.  
CHU Mohammed VI - Marrakech

Dr Rachid Laabidi  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
GARIBI - BAB IGHILI - Route de l'Amour  
Tel. 05 24 37 80 86 - Fax : 05 24 37 80 86  
Email : o.hiagene.marrakech@gmail.com

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

CIM

CLINIQUE  
INTERNATIONALE  
MARRAKECH

المصحة الدولية  
مراكش

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  
05 24 36 95 95 : الهاتف.  
05 24 44 40 40 :  
05 24 44 40 42 :fax

ANESTHESIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GENERALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGE PLASTIQUE  
& ESTHETIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NÉPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISCERALE  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
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

01/10/2020  
MARRAKECH LE .....

Facture  
N°1220/2020

Je Soussigné(e) certifie que Mr. SARHINI MARIEM  
a effectué le bilan radiologique suivant :

Examen(s) réalisé(s) :

IRM RACHIS LOMBAIRE

RX RACHIS CERVICALE F/P

Montant: Trois milles Trois cents (3300 DH)

Dont le montant est :

La présente note est arrêtée à la somme de:  
TROIS MILLES TROIS CENTS DH

Valeur en votre aimable règlement

Dr Karim AÏHLALI

Dr Karim AÏHLALI  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Centre International de Marrakech  
Bab Ighli, Route de l'Amour  
Tél. 05 24 36 95 95 Fax. 05 24 44 40 42  
E-mail: clinique.marrakech@wanadoo.fr

INPE :

07 06 1031

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

IRM 1,5 Tesla - Scanner 64 Barrettes - Angiographie Numérisée

Echographie Doppler Couleur - Radiologie Numérisée Diagnostique et Interventionnelle  
Mammographie - Panoramique dentaire - Ostéodensitométrie

الدكتورة كريمة الهملاي

Docteur Karima LAHLALI-CHAKIR

الدكتور نور الدين شاكير

Professeur Noureddine CHAKIR

Marrakech, le 01/10/2020

PATIENT : SARHINI MARIEM  
MEDECIN TRAITANT : Pr. M. LAGHMARI

### IRM LOMBAIRE

Indication : Lombosciatalgies.

Technique: Examen réalisé sans injection avec des coupes axiales et coronales T2, sagittales T1, Stir et T2.

### RESULTATS :

- Mensurations canalaires lombaires normales.
- Arthrose interapophysaire postérieure bilatérale étagée.
- Hémi-laminectomie droite en L5-S1 avec remaniements fibreux des parties molles paravertébrales postéro latérales.
- Discopathie dégénérative L5-S1, avec chute du signal discal en T2, pincement modéré de l'interligne intersomatique et remaniements dégénératifs des plateaux vertébraux.
- Hernie discale L5-S1 sous-ligamentaire, médiane et paramédiane bilatérale à prédominance droite avec débord discal foraminal bilatéral.
- Absence d'anomalie de morphologie ou de signal IRM des autres interlignes intersomatiques et pièces vertébrales ainsi que de la moelle épinière dorsos-lombaire, des espaces sous-arachnoïdiens péri-médullaires et des parties molles paravertébrales.
- Le cône médullaire se projette en regard de D12-L1.
- Pour mémoire, kystes rénaux dystrophiques bilatéraux.

### CONCLUSION:

Hernie discale L5-S1.

En vous remerciant de votre confiance

Signé ; Dr Karima LAHLALI

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

Bab Ighli - Route de l'aéroport

Tel : 05 24 36 96 00 / 05 24 44 40 40 - Fax : 05 24 44 40 42 - E-mail : imagerie.marrakech@gmail.com

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

Urgences Radiologiques 24h/24

IRM 1,5 Tesla - Scanner 64 Barrettes - Angiographie Numérisée  
Echographie Doppler Couleur - Radiologie Numérisée Diagnostique et Interventionnelle  
Mammographie - Panoramique dentaire - Ostéodensitométrie

الدكتورة كريمة الهلاطي

Docteur Karima LAHLALI-CHAKIR

الدكتور نور الدين شاكر

Professeur Noureddine CHAKIR

Marrakech, le 01/10/2020

PATIENT : SARHINI MARIAM  
MEDECIN TRAITANT :

### RADIOGRAPHIES DU RACHIS CERVICAL FACE+PROFIL

- Absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.
- Rectitude sagittale.
- Absence d'anomalie de la statique cervicale dans le plan frontal.
- Les corps vertébraux et les espaces intersomatiques sont de hauteur normale.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Pr. Noureddine CHAKIR

الدكتور نور الدين شاكر  
CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE 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