

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie
N° P19- 067736

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664 Société : 53585

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID

Date de naissance : 1951

Adresse : 115 Rue EL Fourat Résidence La case
n°102 Maarif CASA.

Tél : 0638878751 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au médecin

Cache du médecin :

Date de consultation : 10/2020

Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDELHAFID Age : 69 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hydrocéphalie chronique

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) :

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.

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

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

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
15.10.2020	Ce1		3.000DH	

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
	26/10/20	ECHO Abdo IRM Cerveau	3400,00 DH S

AUXILIAIRES MEDICAUX

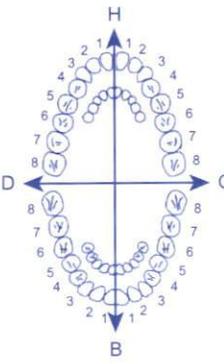
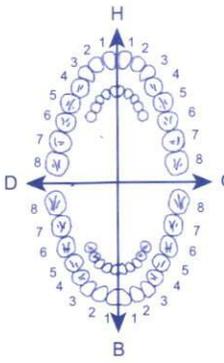
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



CLINIQUE INTERNATIONALE MARRAKECH

المصحة الدولية لمراكش

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

- 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 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 15/10/2020

N° Abdou Adelhoj

Dr. Ahmed PUSENIAL

Hydrocéphalie à pression normale dérivée -

Appoint d'un syndrome sp strapygamidel -

Nrci

Pr LAGHMARI MEHDI
NEUROCHIRURGIEN
Professeur ENS-SP
CHU Mohammed VI Marrakech

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie
Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur
Centre de Médecine Nucléaire Pet et Scanner - Gamma Caméra
Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

INPE : 070061379

المصحة المختصة المنارة

الأنتولوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم
وحدة علاج الأم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية
مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني
مركز الأشعة



070061379

F A C T U R E

N° de l'admission : 20027011 N° Facture 20017674 Date facturation : 26/10/2020
Nom et prénom du patient : ABDELHAFID ABDOUN
Convention : PAYANT
Traitement : Examen radiologie Entrée: 26/10/2020 Sortie: 26/10/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
ECHO ABDOMINALE	1.00	400.00	400.00
IRM CEREBRALE	1.00	3 000.00	3 000.00
		sous-total	3 400.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille quatre cents dirhams

total : 3 400.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire : 145450212112955069000955

Clinique Spécialisée Ménara
Oncologie Médicale, Radiothérapie, Radiologie
Albek 19, Quartier de L'Hôpital
Tel : 05 24 45 75 83
IF : 40434684 - TP : 45326432
NPE : 070061379 - CC : 001548437000074

MARRAKECH

Reçu de caisse

N° : 2010151330050270 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
200220135116EL-003	ABDOUN ABDELHAFID	15/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	<p>Clinique International de Marrakech Caissier Tel : 05 24 36 95 95 / 05 24 44 45 40 Fax : 05 24 44 40 42</p>	300,00
PAYANT		Total payé
		TROIS CENTS DIRHAMS