

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

Nº M21- 0015940

59795

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8494

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ERRAHILI MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0653993200

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/02/2021

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					Montant des soins <input type="text"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Montant des soins <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>
					Fin de <input type="text"/>
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle
DECLARATION N°		W16-060536			
Date de Dépot	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W16-060536

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	8494
Nom & Prénom : ERRAHILI MED			
Fonction :	RETRANTE	Phones	0653 993200
Mail : m. errahili 60@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 50 ANS
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
<i>MusAddyn</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G2		300 DH	
PHARMACIE	Date : 04 FEV. 2021		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date : 04 FEV. 2021	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Z23C	3000 DH		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

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
fax : 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 VISCRALE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
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

04/02/2021

Facture
N°00182/2021

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

Examen(s) réalisé(s) :
IRM MAMMAIRE (SEINS)

Montant: Trois mille (3000 DH)

Dont le montant est :

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

REGLEMENT : ESPES

ENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH
دكتور نور الدين شاكر
Dr Noureddine CHAKIR
RADILOGIE
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
40000 Marrakech
Aéroport Bab Azzouz 05 24 44 40 42
24 36 96 00 Fax : 05 24 44 40 42

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

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
fax : 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

24/2/21

Sur la faire
une IFM Marrakech
Pour faire SARAH N
Marie
Clinique Internationale de Marrakech
Désiré Igli - Route de l'aéroport 40 000 Marrakech
Tel : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42
SCE URGENCES

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 شاكيـر
Professeur Noureddine CHAKIR

Marrakech le : 04/02/2021

PATIENT : SARHINI MARIEM

IRM MAMMAIRE

Technique : Examen réalisé avec antenne dédiée, en coupes axiales T1, STIR et T1FATSAT, sagittales T2 et T2FATSAT avant injection, puis avec des coupes axiales T1 FATSAT en séquences dynamiques après injection de gadolinium.

RESULTATS :

- Les 2 seins sont glandulo-grasseux, sans signe de désorganisation architecturale ni de nodule d'allure suspecte.
- Les séquences dynamiques n'objectivent aucune prise de contraste suspecte.
- L'analyse des coupes de rehaussement montre une prise de contraste progressive de type 1.
- La graisse sous-dermique est de signal normal et le revêtement cutané est fin et régulier.
- L'examen du muscle pectoral ne montre pas de rétraction ni d'étirement.
- A noter la présence de ganglions axillaires droits, hyperintenses en T2, de contours polylobés, bien définis, ne prenant pas le contraste.

CONCLUSION :

IRM mammaire sans particularités.

En vous remerciant de votre confiance

Centre d'IMAGERIE MÉDICALE DE MARRAKECH
Dr. N. CHAKIR
Signé Dr. Noureddine CHAKIR
RADIologue
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Sport Bab Ighli 40000 Marrakech
Tél : 05 24 36 96 00 / Fax : 05 24 44 40 42

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Urgences Radiologiques 24h/24