

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 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 ALP :

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.

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



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0015940

59795

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8494 Société : R.A.M.

☐ 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 : Le : 16/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G

(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis Fin de
--	--	-------------------------

VOLET ADHERENT		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W16-060536		
Date de Dépôt	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 8.494
Nom & Prénom ERRAHILY MED		
Fonction : RETRAITE	Phones 0653 993200	
Mail m. errahili bo e Gmail.com		

MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 50 ANJ
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Musculodysie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G2		300 200	

PHARMACIE	Date 04 FEV 2021
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 04 FEV 2021
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
2200	3000 200	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. Fahd CHAARA  
Directeur Médical  
Clinique Internationale de Marrakech  
Tél : 05 24 44 40 40

Centre d'Imagerie Médicale de Marrakech  
Nouredine CHAKIR  
RADIOLOGUE  
Clinique Internationale de Marrakech  
Bab Gharb 40000 Marrakech  
Tél : 24 36 96 00 / Fax : 05 24 44 40 42



**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 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 .....

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

Valeur en votre image règlement

Pr Nouredine CHAKIR

**FACTURE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH**  
الدكتور نور الدين شاكير  
Nouredine CHAKIR  
RADIOLOGIE  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Aéroport Bab Ighli 40000 Marrakech  
Tél : 05 24 36 96 00 / Fax : 05 24 44 40 42

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM



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  
05 24 44 40 42 : الفاكس

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 369 680

SERVICE CONSULTATIONS

0666 643 837

SERVICE PRISE EN CHARGE

0673 961 316 ET 0662 854 677

SERVICE FACTURATION

0662 852 953

MARRAKECH LE ...

04/02/21

Dr. P. Faine

Dr. El M. Maunine

Dr. F. SARTIN

Dr. Maunine

DR. F. CHARRA  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
40000 Marrakech  
Route de l'aéroport  
Tel : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42  
SCE URGENCES  
المصحة الدولية لمراكش  
05 24 44 40 40  
05 24 44 40 40

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM



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-graisseux, 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

Signature du Dr. Noureddine CHAKIR  
RADIOLOGUE  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Aéroport Bab Ighli 40000 Marrakech  
Tél : 36 96 00 / Fax : 05 24 44 40 42