

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.

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 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° P19- 0046983

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 515 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAKKAR MILOU DA
Date de naissance :
Adresse : ISSIL N° 149 Marrakech
Tél. : 066 1319 609 Total des frais engagés : 982 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
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 : Marrakech Le : 3 / 11 / 2021
Signature de l'adhérent(e) :

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
03/11/2021			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

31/11/2021 565,00
31/11/2021 107,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

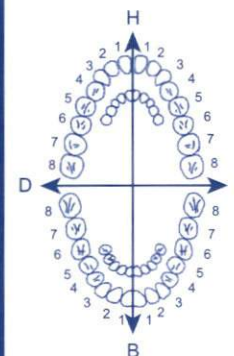
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

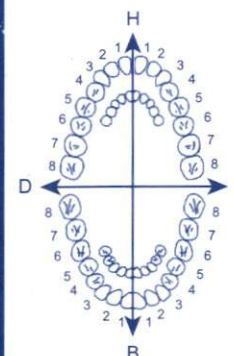
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Clinique
Internationale**
**CIM Santé
Marrakech**

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

CNSS 8670483
PATENTE 45050655
IF 40222599
ICE 00167628000058

ANESTHÉSIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCÉRALE
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HEMATOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PÉDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
PNEUMOLOGIE
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE
0524 369 600
SERVICE CONSULTATIONS
0666 643 837 / 05 24 36 95 45
SERVICE PRISE EN CHARGE
05 24 36 95 85 ET 0662 854 677
SERVICE FACTURATION
0662 852 953 - 05 24 36 95 55

Marrakech, le : 23/02/23

M^{re} BAKKAR MILANDA

Lab Epreuve g
22,80 14/8

21 Bexin g
84,80 14/8

107,00

Dr. MADHER MOHAMED
Professeur agrégé
Traumatologie - Orthopédie
INPE : 571193445

PPV: 22DH20
PER: 06/23
LOT: K1828

LOT 21/01
PER 06/24
PPV 21DH20
84,80

المصحة الدولية لمراكش
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Ighli Route de l'aéroport 40 000 Marrakech
Tel. : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42
SCE CARDIOLOGIE



**Clinique
Internationale**

**CIM Santé
Marrakech**

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

CNSS 8670483
PATENTE 45050655
IF 40222599
ICE 00167628000058

ANESTHÉSIE-REANIMATION
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCÉRALE
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PÉDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
PNEUMOLOGIE
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE
0524 369 600
SERVICE CONSULTATIONS
0666 643 837 / 05 24 36 95 45
SERVICE PRISE EN CHARGE
05 24 36 95 85 ET 0662 854 677
SERVICE FACTURATION
0662 852 953 - 05 24 36 95 55

Marrakech, le 07.11.2019

Mr PAKKAR, MILONDA

17 Relaxium B.
87,00 2 gél/j

29 Sedo's 2mg/gél
110,00 x 2 1 gél x 2/j 06/06/2020
34 Kéceptol gél
198,00 1 gél/j

565,00

المسحبة الدولية لمراكش
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Ighli Route de l'aéroport 40 000 Marrakech
Tél : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42
SCE CARDIOLOGIE

PHARMACIE ISOL
Rue Adonis
N° 05 24 44 40 40
Tél : 05 24 44 40 40

د. مظهر محمد
Dr. MADHAR MOHAMED
Professeur agrégé
Traumatologie - Orthopédie
INPE : 071153415

LOT: 190450
DLUO: 12/2022
87,00DH

PVC: 198.00 DH
C62
2022-07

REV: 2019/10/A

LOT: 201459
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

LOT: 200713
PER: 01-2023
PPV: 140,00DH

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

MARRAKECH

Reçu de caisse

N° : 21110312530513701 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
190404141151EL-001	FAKKAR MILOUDA	03/11/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00
		TROIS CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : SANAD

Clinique Internationale de Marrakech
Caissier
Tel: 05 24 36 95 95 / 05 24 44 40 42
Fax: 05 24 44 40 42