

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.

Prothèse :

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° M21- 071363

98409

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre
Nom & Prénom : FERIATI ABDELHADI
Date de naissance : 01-01-1954
Adresse : BOITABROUKA 99 ROUTE ALALI MANCHEB
Tél. : 0661149234 Total des frais engagés : 266,28 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARROCCO Bab Igh Route de l'aéroport ALI 901 Tél : 05 24 44 40 40/Fax : 05 24 44 40 40
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : KRIS AMINA Age : 57
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Psychiatrie (Dépression Anxieuse)
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 : MANCHEB Le : 27/11/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27/11/2021	voir facture		866,28 DA	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

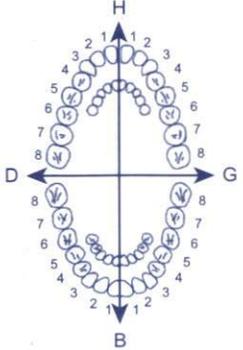
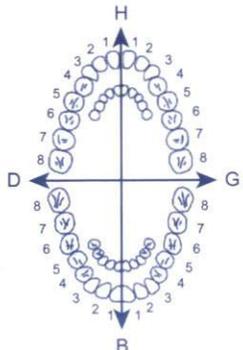
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION



Marrakech, le : ...27/11/2021

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

Mme Amina Krid

RTE DE L'AÉROPORT,
BAB IGHLI 40000
MARRAKECH
TEL. : 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 4505655
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
- GYNÉCOLOGIE 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

Patiente âgée de 55 ans,
suivie pour dépression + trouble
anxieux depuis 19 ans,
sous Ludiomil 75mg 1/2 cp/j +
Atarax 25mg 1/2 cp/j +
Sulpidal 50mg 1/2 cp/j (stilnox 1 cp)
Admis aux urgences pour prise
accidentelle de 3cp Ludiomil 75mg
+ céphalées + sécheresse buccale.
+ insomnie

- Aus Réa = Rehydratation +
Paracétamol 1g + Oeabr
(mise sous Atarax 1,5cp + stilnox 1cp)

Dr. Bououda Lundi
à 14h30

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

F A C T U R E

N° : **31976 / 2021** du **27/11/2021**

Nom patient **KRID AMINA**
PAYANT

Entrée **27/11/2021**
Sortie **27/11/2021**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
PERFUSION	1,00		150,00	150,00
ECG	1,00		150,00	150,00
			<i>Sous-Total</i>	350,00
PHARMACIE	1,00		166,28	166,28
			<i>Sous-Total</i>	166,28
Total Clinique				516,28

DR. CHAARA FAHD (directeur medical)	1,00	CS	350,00	350,00
			<i>Sous-Total</i>	350,00
Total Autres prestations				350,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
HUIT CENT SOIXANTE-SIX DIRHAMS VINGT-HUIT CENTIMES		Total	866,28
			0,00

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE: 145 450 21211 23251510004 70

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
 Bab Gharb Route de l'Aéroport 40000 Marrakech
 Tél: 0524 44 40 40 / Fax: 0524 44 40 40
SCE URGENCES

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : KRID AMINA	N° Facture 31 976	01060
--------------------------	-------------------	-------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
AIG G27 GRISE* (001)	1	2,00	2,00
BANDELETTE DIAB CONTROLE (25)	1	12,00	12,00
DRAP D'EXAMEN (10)	1	6,00	6,00
GANT JETABLE S L M (001)	6	3,00	18,00
INTRANULE 20 G* ROSE (001)	1	13,00	13,00
MAGNÉSIUM SULFAT 0,15g/ml Aple (01)	1	2,50	2,50
OEDES 40 MG INJ (05)	1	49,80	49,80
PARACETAMOL 1G Poche (01)	1	14,08	14,08
PERFUSEUR * (001)	1	15,00	15,00
SERINGUE 10ML (01)	2	4,00	8,00
SERUM G 5 % 500 ml Poche (01)	1	13,10	13,10
SERUM SALE 500ML 0.9% Poche (01)	1	12,80	12,80
Total pharmacie			166,28

المستشفى الدولية لمراكش
 CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
 Bab Igthi Route de l'aéroport 34000 Marrakech
 Tel : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42
 SAUURGENCES

Le : 27/11/2021

Références 31 976 / PAYANT

Entrée / Sortie : 27/11/2021 - 27/11/2021

Le Dr. CHAARA FAHD

présente à Mme KRID AMINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
350,00 Dhs TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

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

Cachet et signature

Fréq. ventr. 62 bpm
 Intervalle PR 168 ms
 Durée QRS 82 ms
 QT/QTc 414/420 ms
 Axes P-R-T 39 7 1

01060

Né(e) le : 09/06/1965


Mme KRID AMINA
 DR.URGENTISTE

Entrée : 27/11/2021

المصحة الدولية
 CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
 Bab Ighil Route de l'aéroport 40 000 Marrakech
 Tel : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 40
 SCE URGENCES
 Dr FAHGHARA
 Clinique Internationale de Marrakech
 Tel : 05 24 44 40 40

Non validé

