

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
Nom & Prénom : FERIAI ABDELHADI
Date de naissance : 01-01-1954
Adresse : 67 YABROUKA 99 ROUTE ALADI MANCHECH
Tél. : 0661149234 Total des frais engagés : 266,28 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARABOU
Bab Igh Route de l'aéroport 40000
Tél : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 40
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : KRID AMINA Age : 57
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Psychiatrie (Dépression)
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 : MANCHECH Le : 27/11/2021
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
27/11/2021	voir b facture		866,28 DH	

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

A M

P C

I M

I V

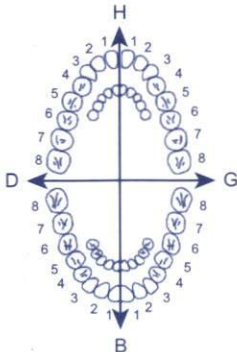
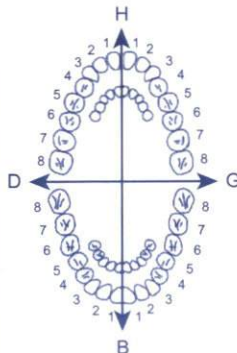
Montant détaillé des Honoraires

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Clinique
Internationale
CIM Santé
Marrakech

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
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
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 : 27/11/2021

Mme Amina Krid

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 4 cp/j (Stilnox 1 cp)
Admis aux urgences pour prise
accidentelle de 3cp Ludiomil 75mg
+ céphalées + sécheresse buccale.
+ insomnie
- Aus Réa - Rehydratation +
Paracétamol 1g + Odebr
(mise sous Atarax 1,5cp + Stilnox 1cp)
Adm. Ch. Psychiatrie
Dr. Boudouda 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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

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 Ghl Route de l'aéroport 40000 Marrakech
Tél: 05 24 44 40 40 Fax: 05 24 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 الدولي لمراكش
 CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
 Bab Igly Route de l'aéroport 34000 Marrakech
 Tel : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42
 URGENCES

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
Tél. : 05 24 44 40 40

Cachet et signature

ID:

27-nov-2021

10:30:04

CIM DECHOCAGE USIC 2020

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

Non validé

