

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

Informations 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 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- 067334

108762

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Houssini Hilal M^{me} Amine

Date de naissance : 06/08/1963

Adresse : 80 lot Jawhar TARGA MARRAKECH

Tél. : 066198032 Total des frais engagés : 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/12/2021

Nom et prénom du malade : Roufien Mounia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

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 : 05/01/2022

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
03/10/21	voir facture		4000,00	

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

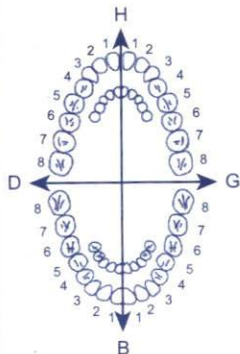
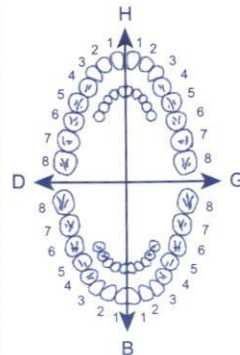
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



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 إعلي
40 000 مراكش

CNSS 8670483
PATENTE 45050655
IF 40222599
ICE 00167628000058

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

19me Kouhen Tounia

Prière de faire

IRM Cordiaque

CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab 19 km Route de Marrakech
Tel : 05 24 44 40 40 / fax : 05 24 44 40 42
SECRETARIAT

Docteur Fahd CHAARA
Cardiologie Interventionnelle
Clinique Internationale de Marrakech
Tél : 05 24 40 40 40 / 37 60 60
RNB : *****

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

Royaume du Maroc Barid Al-Maghrib SA		المملكة المغربية بريد المغرب ش.م	
إيصال بعبئة مسجلة أو مصرح بقيمتها Récépissé d'un envoi recommandé ou avec valeur déclarée N°517			
Agence ABB/ centre courrier: Date et heure de dépôt: Service:		MARRAKECH CD/67500 05-01-2022 10:59 Courrier Recommande	
وكالة البريد بنك / مركز البريد: تاريخ وقت الإيداع: الخدمة:			
Expéditeur: elhoussini hilal		Destinataire: centre d affaire allal ben abdellah	
Ville: Code postal:		Ville: Code postal:	
المدينة: الرمز البريدي:		المدينة: الرمز البريدي:	
Accusé reception:		 88922503809MA	
إشعار بالاستلام:		Poids g/ الوزن غ/ 36.0 Affranchissement (HT) / تخليص 20.5 Pré-affranchis (HT) 0.0 Valeur déclarée / القيمة المصرح بها 0.0 Accusé reception / إشعار بالاستلام 0.0 Notification par SMS / إشعار إلكتروني 0.0 Montant total (HT) / المبلغ الإجمالي 20.5 TVA (20%) / ضريبة على القيمة المضافة 4.1 Montant total (TTC) / المبلغ الواجب أدائه مع احتساب الرسوم 24.6 Droit Timbre de quittance / واجب تمبر 0.06 Net à payer / المبلغ الصافي 24.66	
التوقيع:		التوقيع:	
TAD		Signature client	
<p>طبقا للقانون 08-09 فإن "بريد المغرب ش.م" يخبركم أن تجميع المعلومات ذات الطابع الشخصي المتعلقة بكم تمت في إطار "تنبيه الزبناء" ويمكن تبليغ هذه المعلومات إلى المصالح المكلفة بالمراقبة الخارجية والمعالجين من الباطن وكل الأعيان المرخص لهم بحكم القانون. لكم حق الولوج إلى معطياتكم ذات الطابع الشخصي لممارسة حق التصحيح أو حق التعرض لأسباب مشروعة عبر المراسلة إلى: بريد المغرب ش.م، مصلحة المطابقة، شارع مولاي إسماعيل، حسان، 10020 الرباط أو عبر البريد الإلكتروني: donneespersonnelles@poste.ma</p> <p>تم الترخيص لهذه المعالجة من طرف اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم: A-GC-364/2017.</p> <p>Conformément à la loi 09-08, BARID AL-MAGHRIB S.A, vous informe que la collecte des données à caractère personnel vous concernant est faite aux fins de la « gestion des clients ». Les destinataires de ces données sont, Le dispositif de contrôle externe, les sous-traitants et les tiers autorisés le cas échéant. Vous pouvez accéder à vos données à caractère personnel, les rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, par courrier à l'adresse suivante : BARID AL-MAGHRIB S.A, Service conformité, Avenue Moulay Ismail, Hassan 10020, Rabat, ou par courrier électronique: donneespersonnelles@poste.ma.</p> <p>Ce traitement a reçu autorisation de la CNDP sous numéro :A-GC-364/2017.</p>			
بريد المغرب ش.م رأس مالها 1.191.399.000,00 درهم، المقر الاجتماعي: شارع مولاي إسماعيل حسان، 10020 - الرباط - المغرب، س.ت: 50413، الضريبة المهنية: 25118200، التعريف الضريبي: 001431548000085، 3302916، التعريف الموحد للمقولة: 001431548000085 Barid Al Maghrib S.A. Capital Social : 1.191.399.000,00 Dhs , Siège Social : Avenue Moulay Ismail, Hassan 10020 - Rabat- Maroc, RC : 50413, Taxe Professionnelle : 25118200, Identification Fiscale : 3302916, ICE :001431548000085			

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

MOUNA
KOUHEN
Née le 04.02.1970
à CASABLANCA ANFA
Valable jusqu'au 07.01.2030

مونية
كوهين
تولد بتاريخ
04.02.1970
بـ الدار البيضاء أنفا
صالحة إلى غاية
07.01.2030

المدير العام للأمن الوطني
عبد اللطيف حموشي

BE470247 FW



CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH

F A C T U R E

N° : 29128 / 2021 du 29/10/2021

Nom patient **KOUHEN MOUNIA**
PAYANT

Entrée 07/10/2021
Sortie 08/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
IRM CARDIAQUE ADULTE	1,00	11/10/2021	4 000,00	4 000,00
			Sous-Total	4 000,00
			Total Clinique	4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE DIRHAMS

Total 4 000,00

20212840011906

Entrée 07/10/2021
Sortie 08/10/2021
0,00

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE: 145 450 21211 23251510004 70

IRM CARDIAQUE ADULTE

QUATRE MILLE DIRHAMS

Compte bancaire : BANQUE POPULAIRE: 145 450 21211 23251510004 70

المركز الدولي
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH
Bab Igthi Route de l'aéroport 40000 Marrakech
Tél : 05 24 44 40 40 / Fax : 05 24 44 40 42
SCE P.E.C



**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

CNSS 8670483
PATENTE 45050655
IF 40222599
ICE 00167628000058

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

Prénom et nom : KOUHEN MOUNIA

Type d'examen : IRM cardiaque

Date : 08/10/2021

COMPTE RENDU IRM CARDIAQUE

INDICATION

TECHNIQUE :

Synchronisation cardiaque

Cinétique : étude de la cinétique globale et segmentaire

Après injection : perfusion de repos premier passage, à 10 min

RESULTATS

Mesures :

FEVG : 63%

DTDVG : 43 mm

DTSVG : 24 mm

VTVDVG : 92 ml/m2

VTSVG : 43 ml/m2

Epaisseur du septum : 8 mm

INTERPRETATION

1/ VG

VG non dilaté, de fonction systolique conservée, sans atteinte segmentaire

Myocarde non hypertrophié de signal homogène

Pas de rehaussement tardif en faveur d'une séquelle de nécrose ou de lésion de fibrose

Pas de thrombus endo-cavitaire

2/ VD

Volumes normaux, fonction systolique globale normale

Pas de thrombus visible

3/ AUTRES

Péricarde sec

Racine aortique de calibre normal

Signature

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

CLINIQUE INTERNATIONALE
Bab Igly Route de l'aéroport 40000 Marrakech
Tél : 05 24 36 95 95 Fax : 05 24 44 40 42