

# 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.

## Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O 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 Aïcha Ben Abdellah - 6ème Etage Angin Rue Mohamed Fakir et Rue Aïcha Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon  
Téléphone : 05 22 22 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 74 14 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-775301

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8494

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ERRAHILI MOHAMED

Date de naissance :

04/11/1960

Adresse :

RESIDENCE IKN TOUJENT APPCG

Tél. :

06 53 99 32 00

Total des frais engagés :

6369,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Clinique Internationale**  
Dr. Samia IDRISSI KAITOUNI  
CIM Santé - Marrakech  
Directrice Médicale  
Tél : 05 24 36 95 05 / 06 62 08 99 52  
sidriss@clinique.com

Date de consultation :

04/12/2022

Nom et prénom du malade :

SARINI Mariem

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

NCBG + Lomboscoliose

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 : 12/12/2022

Adhérent(e) :

[Signature]



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
01/12/2022	G		200 DA	INP : 1059952

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/12/2022	169,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/12/2022	2236	3000 DA
	01/12/2022	236	3000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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  
مراكش 40 000

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  
RHUMATOLOGIE  
CHIRURGIE THORACIQUE  
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  
HÉMATOLOGIE  
HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE  
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PÉDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
PNEUMOLOGIE  
RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE  
0524 369 600  
SERVICES CONSULTATIONS  
0666 6 36 95 45

SERV  
05 24  
SEP  
066



072033442

Marrakech, le : 01/12/2022

M<sup>me</sup> SARHINI Maie

54,10  
- profinid 100mg (SV)

siège 15 6 jours  
61,50  
- Mobac 15mg (SV)

1cp matin et soir / 7 jours  
14,00  
- Doliprane 1000mg (SV)

1cp x3 / 7 jours  
40,00  
- Efgipred 20mg (SV)

5cp / 4 jours  
T = 169, 60

Clinique Internationale  
Dr Samia IDRISS  
Tél. : 05 24 36 95 95 / 05 24 44 40 40  
FAX : 05 24 44 40 42  
GSM : 06 62 05 99 52  
www.cim-sante.com  
PHARMACIE IBN TOUNI  
Sta. 40 24 40 40 Dounia  
Rte de l'aéroport, Bab Ighli, Marrakech

INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

**Profenid® 100mg**

12 Suppositoires



6 118000 060819

**Mobic® 15 mg**

Meloxicam

14 comprimés sécables



6 118000 040569

**EFFIPRED®**

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

**Doliprane® 1000mg**

PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972





**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 0016762800058

ANESTHÉSIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
CHIRURGIE THORACIQUE  
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-ENTÉROLOGIE  
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 : 01/12/2022

- دة SARHIM Marie

Généraliste

- IRM Cervicale  
- IRM Lombaire

العيادة الدولية لمراكش  
CLINIQUE INTERNATIONALE MARRAKECH  
360 Tani Route de l'aéroport Marrakech  
Tel : 05 24 44 40 40  
SCE 05 24 44 40 42

Clinique Internationale  
Dr. Samia IDRISSI KAITOUNI  
Directrice Médicale  
Tel : 05 24 36 95 85 / 06 62 05 99 52  
sidrissi@cmsante.com

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM



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

Marrakech, le : .....02/12/2022

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  
مراكش 40.000  
الهاتف : 05 24 36 95 95  
05 24 44 40 40  
الفاكس : 05 24 44 40 42

CN55 8670483  
PATENTE 45050655  
IF 40222599  
ICE 00167628000058

ANESTHÉSIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
ET INTERVENTIONNELLE  
CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
RHUMATISME  
CHIRURGIE THORACIQUE  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHÉTIQUE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
NEPHROLOGIE  
CHIRURGIE VISUELLE  
CHIRURGIE PÉDIATRIQUE  
CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE  
DERMATOLOGIE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE  
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

**Facture**

N°01527/2022

Je Soussigné(e) certifie que Mme. SARHINI  
MARIEM a effectué le bilan radiologique suivant :

Examen(s) réalisé(s) :  
**IRM RACHIS CERVICAL**  
**IRM RACHIS LOMBAIRE**

Montant: Six mille (6000 DH)

Dont le montant est :

La présente note est arrêtée à la somme de:  
**SIX MILLE DH**

REGLEMENT : ESPECES

Valeur en votre aimable règlement

مركز التصوير الطبي لمراكش  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Boulevard de l'Aéroport  
Tél : 05 24 36 95 85 - Fax : 05 24 44 40 42  
E-mail : c.imagine.marrakech@gmail.com

**INPE :**  
**70061031**

CONTACT@CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

WWW.CLINIQUE-INTERNATIONALE-MARRAKECH.COM

Marrakech, le 02/12/2022

PATIENT : SARHINI MARIEM

**IRM LOMBAIRE**

**Indication :** Lombosciatalgies.

**Technique:** Examen réalisé sans injection avec des coupes axiales et coronales T2, sagittales T1, Stir et T2.

**RESULTATS :**

- Mensurations canalaire lombaires normales.
- Arthrose interapophysaire postérieure bilatérale étagée.
- Hémi-laminectomie droite en L5-S1 avec remaniements fibreux des parties molles paravertébrales postéro latérales.
- Discopathie dégénérative L5-S1, avec chute du signal discal en T2, pincement modéré de l'interligne intersomatique et remaniements dégénératifs des plateaux vertébraux.
- Hernie discale L5-S1 sous-ligamentaire, médiane et paramédiane bilatérale à prédominance droite avec débord discal foraminal bilatéral.
- Absence d'anomalie de morphologie ou de signal IRM des autres interlignes intersomatiques et pièces vertébrales ainsi que de la moelle épinière dorso-lombaire, des espaces sous-arachnoïdiens péri-médullaires et des parties molles paravertébrales.
- Le cône médullaire se projette en regard de D12-L1.
- Pour mémoire, kystes rénaux dystrophiques bilatéraux.

**CONCLUSION:**

Hernie discale L5-S1.

En vous remerciant de votre confiance

مركز التصوير الطبي لمراكش  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Bab Ighli - Route de l'aéroport  
Tel : 05 24 44 40 40 Fax : 05 24 44 40 42  
E-mail : c.imagerie.marrakech@gmail.com



Marrakech, le 02/12/2022

PATIENT : SARHINI MERIEM

**IRM DU RACHIS CERVICAL**

**Indication** : NCB gauche.

**Technique** : Examen réalisé sans injection avec des coupes sagittales T1, Stir et T2, axiales et coronales en T2.

**RESULTATS:**

- Absence d'anomalie de la charnière cervico-occipitale.
- Mensurations canalaires cervicales normales.
- Rectitude du rachis cervical.
- Discopathies dégénératives étagées avec chute du signal discal en T2, et pincement des interlignes intersomatiques.
- Hernie discale C4-C5 sous ligamentaire, médiane et paramédiane droite.
- Hernie discale C6-C7, sous ligamentaire, médiane et paramédiane gauche, responsable d'une empreinte sur la face antéro-latérale gauche du cordon médullaire.
- Absence d'anomalie de signal IRM de la moelle cervicale.
- Absence de rétrécissement foraminaux notable.

**CONCLUSION:**

- Hernies discales C4-C5 et C6-C7.

En vous remerciant de votre confiance

مركز التصوير الطبي لمراكش  
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE DE MARRAKECH  
CLINIQUE INTERNATIONALE DE MARRAKECH  
Boulevard - Route de l'aéroport  
Tel : 05 24 47 60 00 Fax : 05 24 44 40 42  
E-mail : c.imagerie.marrakech@gmail.com