

# 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.

## **Diologie 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.

## **Éducation :**

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.

## **Orthopédiaire :**

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**

Nº P19- 0039887

Bos n°

10943

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32/95

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AATAF Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-039887

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 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 |

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.

Nº W19-492656

par poste

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3295</u>		Société : <u>RAN.</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AATAR, MOHAMED</u>			
Date de naissance : <u>01/11/1951</u>			
Adresse : <u>LOT FELHOU BC 1 MI 64 AITNELLAL</u>			
Tél : <u>0658131926</u>		Total des frais engagés : <u>103.00 DH</u>	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :** \_\_\_\_\_ **Le :** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Signature de l'adhérent(e) :** \_\_\_\_\_

RELEVE 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
15.11.2015 chirurgie			10300,-	INP : 01000311B

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

15/11/2018

2) Renseignements Clinique Sommaire :

RTUP

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

4) Durée prévisible du traitement

A

le

21/11/2018

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Indice de révision : 02



Agadir, le ١٩/١١/٢٠١٥

971. AATAN 970 HAMED

Clinique  
- Echo-Doppler  
Avicenne



# CLINIQUE IBN SINA

ICE : 001596065000047  
 AV Hassan 1 er cite dakhla - agadir  
 TELE:0528292219FAX :0528229413

## F A C T U R E

N° 3 029 / 2019 du 28/11/2019

N° Admission : 19K191654

Nom patient	<b>AATAR MOHAMED</b>	Entrée 19/11/2019	Sortie 21/11/2019
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
ECHODOPPLER	1.00		250.00	250.00
CHAMBRE	2.00		500.00	1 000.00
SALLE D'OPERATION	1.00		2 100.00	2 100.00
		Sous-Total		3 350.00
PHARMACIE	1.00		500.00	500.00
		Sous-Total		500.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>3 850.00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
DR. RAQIM (cardiologue)	1.00	1CS+ECHO	1 050.00	1 050.00
DR. GDIRA HASSAN (chirurgien)	1.00		4 200.00	4 200.00
DR. OUMRHAR JAMAL (anesthesie / rea)	1.00		1 200.00	1 200.00
		Sous-Total		6 450.00
<b>Total prestations externes</b>				<b>6 450.00</b>

**Total général 10 300.00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 DIX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>10 300.00</b>				<b>10 300.00</b>	<b>0.00</b>

Droit de timbre 25.75



## CLINIQUE IBN SINA

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

28/11/2019

11:25

Nom Patient : AATAR MOHAMED

Numéro dossier : 19K191654

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
28/11/2019	PERFUSION INJECTA (01)	0	1,00	125.00	125.00
28/11/2019	DEXTRO AUTRE (01)	0	6,00	30.00	180.00
28/11/2019	TRIAXON Ig IV Injecta (01)	0	2,00	71.20	142.40
28/11/2019	PROFENID INJ/PPV 100MG INJECTA (06)(1)	0	2,00	9.02	18.04
28/11/2019	SERUM SALE 0.9% SOTHE 500ml INJECTA (01)	0	1,00	34.56	34.56
<b>Total pharmacie</b>					<b>500.00</b>



Agadir le : 15/11/2015 : أكادير في :

Chirurgien : .....

أكادير في : AATAR Nom du malade : .....

Anesthésiste : .....

Prénom du malade : ....., MOHAMMED

Type d'anesthésie : .....

N° dossier : .....

Aide opératoire : .....

K opératoire : .....

ARE KC : .....

### Compte rendu opératoire

Diagnostic ..... Hypertrophie pharyngée .....

Indication : ..... Resection tonsurale de moitié KHAO

Intervention : .....  
 1. Position de table  
Anesthesia endotrachéale.  
Introduction de Resector 30 mm  
Exploration de la Hypertrophie obstructive de pharynx très importante  
Resection tonsurale de moitié

Monotube

Retrait à distal

Suture

*Dr Hassan CHEDRA*  
CHIRURGIEN VNAOLG - ANDROLOGIE  
CABINET D'HYPERTROPHIE AIGUER RUE MAMOUNIA  
QUARTIER L'ABATTOIR CENTRE VILLE AGADIR  
TEL : 05 28 82 82 40

INP  
041186420

19/11/19

VG mm dilaté 47/34  
HVC septal modérément (12/11)  
hypertonie antéro-solé inféro-gauche  
anterior FE = 54%.

flot initial très faible de relaxation.  
P° de remplissage non élevé.

OG légèrem dilaté à 22 mm

IT mm.

IA mm.

VD 1 TAPSE 21 mm.

IT mm Vm 2 m/s  
Pas d'HR TAP

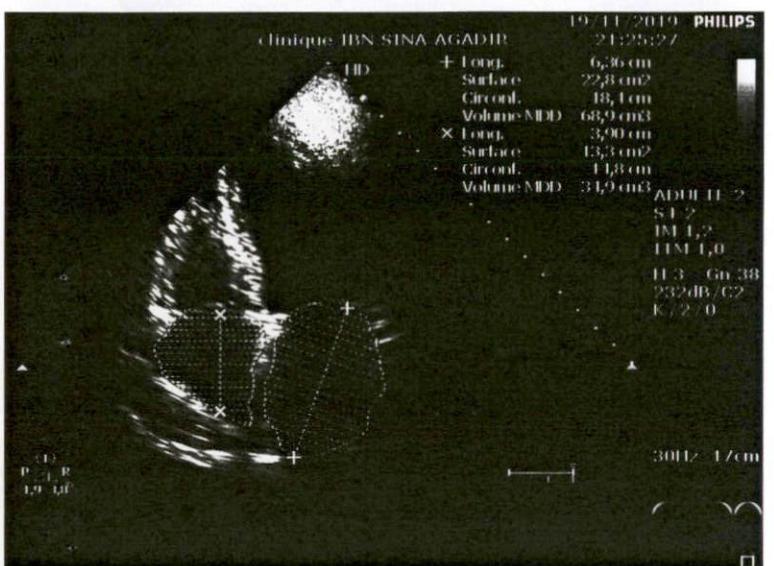
VCI mm dilaté complat.

Péricarde sec

Ce aspect d'un cardiopathie  
FE conservée FE 54%.

Présence de remplissage basse.  
Pas de vulnérabilité significative  
Pas d'HRS

Dr. Salah Eddine RAQI  
Cardiologue  
Av. Hassan II, Immeuble  
AGADIR  
Tel./fax: 05 28 84 84



## *Clinique IBN SINA*

MEDICO - CHIRURGICALE

Av. Hassan I Cité Dakhla - AGADIR  
Tél. : 05 28 23 85 49 /50  
Fax : 05 28 22 94 13  
E-mail : cliniqueibnsina1@gmail.com



## **COMPTE RENDU** **ECHOGRAPHIE**

Nom : AATA SR .....

Prénom : Nohamed .....

Age : 19 .....

Date : 19/06/19 .....

---

مصحة ابن سينا - الطب والجراحة - شارع الحسن الأول - حي الداخلة - أكادير - الهاتف: 05 28 23 85 49 / 50  
الفاكس: 05 28 22 94 13 - البريد الإلكتروني : cliniqueibnsina1@gmail.com

Le : 19/11/2019

Références

3 029 / 191128112231378020

PAYANT

Entrée / Sortie : 19/11/2019 - 21/11/2019

Le Dr. GDIRA HASSAN

présente à Mr AATAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
4 200.00 Dhs (QUATRE MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)

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

DR. MASSA GDIRA INP  
CHIRURGIEN UROLOGUE ANDROLOGUE  
CABINET D'UROLOGIE AGADIR RUE MAMOUNECK  
QUARTIER LABATOIR CENTRE VILLE AGADIR  
Tel.: 05 28 82 82 40 041186420

Cachet et signature

Le : 19/11/2019

Références

3 029 / 191128112242378021

PAYANT

Entrée / Sortie : 19/11/2019 - 21/11/2019

Le Dr. OUMRHAR JAMAL

présente à Mr AATAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 200.00 Dhs (MILLE DEUX CENTS DIRHAMS)

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

Dr. Jamal OUMRHAR

Anesthésiste Réanimateur

Taxe Professionnelle: 48189402

INPE: 0-1117102

ICE: 001767445000075

Dr. Jamal

Anesthésiste Réanimateur

Taxe Professionnelle:

INPE: 0-1117102

ICE: 001767445000075

Cachet et signature

**CLINIQUE IBN SINA****NOTE D'HONORAIRES****Le : 19/11/2019****Références**

0 / 191128092810378002

PAYANT

**Entrée / Sortie : 19/11/2019 - 21/11/2019****Le Dr. RAQIM**

présente à Mr AATAR MOHAMED

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 050.00 Dhs

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

Dr. Salah Eddine RAQIM  
Cardiologist  
Hassan II University, Agadir  
Telax: 0524 84 49 19  
AV. Hassan II, Agadir, Maroc  
Date: 20/11/2019

*Cachet et signature*

*unique IBN SINA*  
AGADIR

N° d'entrée : 19K191654  
Service : *chirurgie*

BULLETIN DE SORTIE

Agadir, le : 21/11/19

Mr. .... AATAR *9*

Hospitalisé (e) du 19/11/19 Au 21/11/19

Diagnostic RTUP

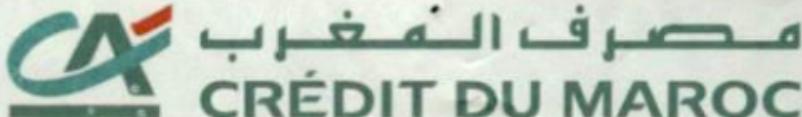
Est déclaré sortant à la date du 21-11-19

Observation du Médecin

**DR. HASSAN GUEDIRA**  
CHIRURGIEN UROLOGUE ANDROLOGUE  
CABINET UROLOGIE AGADIR RUE MARRAKECH  
QUARTIER L'ABAÏDOR CENTRE VILLE AGADIR



Le Médecin Chef du Service



## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (RIB)

MR AATAR MOHAMED

TELE. 0658131926

### AGENCE

AIT MELLOUL  
ROUTE DE TIZNIT  
AIT MELLOUL  
TEL: 028240472

Code banque	Code ville	Numéro de compte	Clé RIB
021	022	0000 161 001 12769 4	33