

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.

Diagnostique 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° P19- 0039887

☐ Maladie

☐ Dentaire

Dos n°

10943. ☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32195 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AATAR 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 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

- 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-492656

par poste

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3295 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AATAR, MOHAMED

Date de naissance : 01/11/1951

Adresse : LOT ELHOU BOU A M 64 AITMELLOUL

Tél : 0658131926

Total des frais engagés : 10300 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/11/2015 | chirurgie | | 10300 | INF : 041000311B |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

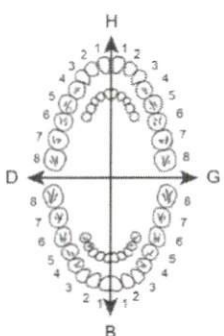
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INF : <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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

15/11/2015

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 21/11/2015

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Indice de révision : 02

REF: 151-1-15

INP
CENTRE D'ECOLOGIE AGADIR RUE HAPSIQUE
CABINET D'ECOLOGIE AGADIR RUE HAPSIQUE
QUARTIER L'ADITTOIR CENTRE VILLE AGADIR
Tél : 05 28 82 82 40
041186420

Agadir, le 19/11/2015

M. AATAN MOHAMMED

Clinique
- Echo-Doppler
Avicenne



CLINIQUE IBN SINA

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

FACTURE

N° 3 029 / 2019 du 28/11/2019

N° Admission : 19K191654

| | | | |
|-----------------|---------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | AATAR MOHAMED | Entrée 19/11/2019 | Sortie 21/11/2019 |
| Prise en charge | PAYANTS | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| 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 |
| Total Frais Clinique | | | | 3 850.00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| 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 (anesthésie / rea) | 1.00 | | 1 200.00 | 1 200.00 |
| | | | Sous-Total | 6 450.00 |
| Total prestations externes | | | | 6 450.00 |

| | | | |
|---|--|----------------------|------------------|
| | | Total général | 10 300.00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | | |
| DIX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS | | | |

| | | | | | | |
|---------------|-----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 10 300.00 | | | | 10 300.00 | 0.00 |

Droit de timbre 25.75



11:25

Numéro dossier : 19K191654



A circular official stamp from the Ministry of Health, Republic of Serbia. The text around the perimeter reads "MINISTARSTVO ZDRAVLJA" at the top and "REPUBLIKA SRBIJA" at the bottom. In the center, it says "Ministarstvo zdravlja" and "Beograd". A blue ink signature is written across the stamp.

Agadir le : 19/11/2013 : أكادير في

Chirurgien :

Nom du malade : AATAR

Anesthésiste :

Prénom du malade : HACHA

Type d'anesthésie :

N° dossier :

Aide opératoire :

K opératoire :

ARE KC :

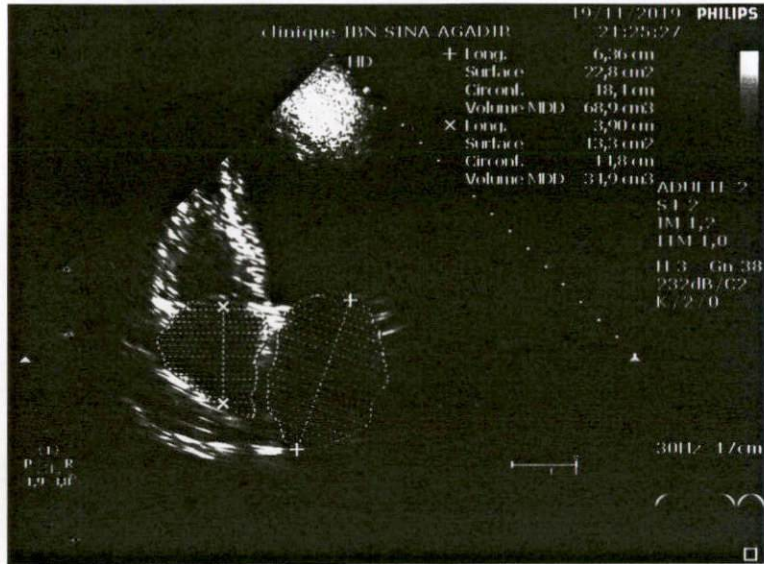
Compte rendu opératoire

Diagnostic : Hypertrophie prostatique

Indication : Resection transurétrale de prostate K120

Intervention :
1. Résection de prostate
Anesthésie générale
Introduction du Resecteur AU 30
Exploration de la prostate hypertrophiée
abaissement de prostate transurétrale
Resection transurétrale de prostate
Hémostasie
Résection de prostate
Suture de l'incision

Dr. Hassan ALEHRA
CHIRURGIEN UROLOGE - ANDROLOGUE
CARDIACI D'URGENCE MEDICAL RUE HANFAROUN
LABORATOIRE CENTRE VILLE AGADIR
Tél : 05 28 82 82 40
041186420



19/11/19

VG non dilaté 47/34
HVC septale modérée 54/12/10
hypokinésie antéro-septale inférieure
anterior FE = 54%
fillet mitral trouble de relaxation.
P° de remplissage non élevé.
OG légèrement dilaté et 22 cm³
IA min.
IA min.
VD 1 TAPSE 21 mm.
IT min Vmax 2 m/s
Pas 1° HTAP.
VCj non dilaté compliant.
Péricarde sec

CC Aspect d'insuffisance cardiaque
FE conservée FE 54%
Présence de remplissage bas.
Pas de volutémie significative
Pas 1° HTAP

Dr. Salah Eddine RAHOU
Cardiologue
Av. Hassan II, Immeuble
AGADIR
Tel/ax: 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 R

Prénom : Nohamed

Age : 1951

Date : 19/01/19

مصلحة 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. HASSAN GEDIRA INP
CHIRURGIEN UROLOGUE ANDROLOGUE
CABINET D'UROLOGIE AGADIR RUE MARRAKECH
QUARTIER LABATOIR CENTRE VILLE AGADIR
Tél.: 05 28 82 62 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 Profes

INPE: 0-1117102

ICE: 001767445000075

Cachet et signature

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 Edine RAQIM
Av. Hassan II, Immeuble 3
Tél./fax: 05 28 84 94 19

Cachet et signature

Technique IBN SINA
A'GADIR

N° d'entrée : 19K191654
Service : cline

BULLETIN DE SORTIE

Agadir, le : 21/11/19

Mr. AATAR 72

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

Diagnostic R.T.U.P.

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

Observation du Médecin

DR. HASSAN GUEDIRA
CHIRURGIEN UROLOGUE-ANDROLOGUE
CABINET UROLOGIE AGADIR RUE MARIANEH
QUARTIER L'ABATTOIR CENTRE VILLE AGADIR



Le Médecin Chef du Service



مصرف المغرب
CRÉDIT DU MAROC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

MR AATAR MOHAMED

TELE. 0658 131926

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 |