

## 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.

**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° M20- 0006246

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10933 Société : 183064

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : BENHALIMA LOUBNA

Date de naissance : 07/10/1976

Adresse : 8 Rue Neufchotel n°1 BELVEDERE

Tél. : 06 73 06 63 41 Total des frais engagés : 5712,94 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 31/10/2023

Nom et prénom du malade : BENHALIMA LOUBNA Age: \_\_\_\_\_

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

Nature de la maladie : Fracture déplacement OPN + Joints

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute de hauteur

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 : 16/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
31/10/23			3500,00	<b>Pr. Hanane BENHADMA</b> Chirurgie Maxillo-Faciale Chirurgie Plastique et Esthétique INPE : 701108587
31/10/23			337,50	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie EL GHARBI</b> Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhil, Hay Riad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77	31/10/23	301,40

# 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	
<b>HOPITAL PRIVÉ EL GHARBI</b> Dr. Hanane BENHADMA Intersection Bd. Robillot - Hay Riad - Rabat Tél: 0537.71.92.92 - Fax: 0537.71.93.72 INPE : 102051620	31/10/23					1574,04

# 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 l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
			MONTANTS DES SOINS																					
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Pr Hanan BENHALIMA**

Chirurgie Maxillo - Faciale  
Chirurgie Réparatrice  
Esthétique  
Greffe Capillaire

أستاذة. د حنان بنحليمة

جراحة الفم والفك  
جراحة التقويم  
التجميل  
زرع الشعر

Rabatte

23/11/2023

Compte rendu opératoire de  
Nastane Louba Benhalima

Réduction orthopédique de  
fracture os propre de Nez  
+ cloison nasale avec  
deplacement

- AG + I. o. T + Packing
- Réduction de la cloison nasale  
par manœuvre Listonni
- vision orifice piriforme gauche,

- réduction des périostée
- mobilisation du fragment osseux.  
déplacé. Remise à sa place.
- Récolte de 2 fosses nasales.
- Pansement.

**Pr. Hanane BENHALIMA**  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
INPE : 101108587







Hôpital Privé Pasteur

المستشفى الخاص باستور

## Ordonnance

Rabat le

27/10/23

Mme Loubna BENHALIMA

168.6

1) - Augment (Sachet 1g)

1 sachet ↑ 100 ml  
→ 100 ml

2) - Salaprepal 200g

40g le matin à jeun

Pharmacie SAFIYA

Dr. Sanaa EL GHARBI

Ep. KADIRI

Av Annakhil, Hay Riyad - Rabat

Tél : 0537 71 21 43 - 0537 71 77 2

ds 1 verre d'eau

3) - Humex

3 applicat

T301/40

MAROCLINIC / ICE : 001893493000024

Adresse : Intersection Avenue Robinia et Avenue Sophora Hay Riad - Rabat / Tél : 05 37 71 92 92

contact@hopitalprivepasteur.com / www.hopitalprivepasteur.com

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH  
LOT: 651862  
PER: 04/25



**Solupred® 20 mg**

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (concerne)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V: 48,70 DH



6 118000

060535

**HUMER**

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humer Nez Bouché Ad FL60  
CE 6804/2022/2983-2022/DM/  
PPC: 84,50 DH

ÉS

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	BENHALIMA LOUBNA	N° Facture :	5 147	3J0525-01H
-------------	------------------	--------------	-------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATROPINE 1MG INJECTA (100)	1	1,78	1,78
BAITANET 120 ml SOLUTIO (01)	1	9,40	9,40
EPHEDRINE AGUETTANT 3 30MG INJECTA (10)	1	7,35	7,35
FENTANYL 100µg/2ml INJECTA (10)	3	3,78	11,34
ISOFLURANE/MIN GAZ (01)	20	2,00	40,00
METHYLPREDNI MYLAN 40MG INJECTA (20)	4	14,00	56,00
OXYGENE /MIN (01)	20	2,00	40,00
PARACETAMOL NORMON 10 10MG/ML INJECTA (0	1	14,08	14,08
PROVIVE 1% 20ML INJECTA (05)	1	21,28	21,28
ROCURONIUM 10mg/ml INJECTA (10)	1	24,40	24,40
SERUM SALE 0.9% 500 M 0.9% 500M INJECTA	1	13,10	13,10
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>238,73</b>
AIGUILLE ORANGE (100)	1	0,29	0,29
BOUT DE SPARADRAP (01)	1	5,00	5,00
CANULE DE GUEDEL VERT (01)	1	5,20	5,20
COMPRESSE 10*10/10 (01)	2	6,50	13,00
ELECTRODES ECG (01)	3	2,06	6,18
GANT STERILE N 6.5	1	12,00	12,00
GANT STERILE N 7	1	12,00	12,00
INTRANULES VERTES G18 (01)	1	2,06	2,06
LAME BISTOURI CH 15 (100)	1	1,00	1,00
MECHE (20)	1	151,20	151,20
PERFUSEURS AV ROB (01)	1	9,00	9,00
SERINGUE 10 CC (01)	3	3,50	10,50
SERINGUE 1CC (01)	1	1,40	1,40
SERINGUE 20 CC	2	4,00	8,00
SERINGUE 5CC (01)	2	2,11	4,22
SONDE ASPIRATION CH 16	1	3,90	3,90
SONDE D INTUBATION AR 6.5 (01)	1	109,20	109,20
TEGADERM 6CMX7CM (100)	1	6,16	6,16
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>360,31</b>
(*) Conditionnement hospitalier	<b>Total pharmacie</b>		<b>599,04</b>

  
**HOPITAL PRIVE PASTEUR**  
 Intersection Bd-Robin & Bd Sophora  
 Rabat  
 Tél: 0537.71.92.92 - Fax: 0537.71.93.72  
 INP: 100063676

**HOPITAL PRIVE PASTEUR****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 31/10/2023

Références

5 147 / PAYANT

Entrée / Sortie : 31/10/2023 - 31/10/2023

Le Dr. AMAR ABDELAZIZ

présente à Mme BENHALIMA LOUBNA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

337,50 Dhs TROIS CENT TRENTE-SEPT DIRHAMS CINQUANTE CI

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

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
Dr. Abdelaziz AMAR  
Médecin Anesthésiste Réanimateur  
INPE : 101254209

Cachet et signature

**HOPITAL PRIVE PASTEUR****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 31/10/2023

Références

5 147 / PAYANT

Entrée / Sortie : 31/10/2023 - 31/10/2023

Le Pr. BENHALIMA HANANE

présente à Mme BENHALIMA LOUBNA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

3 500,00 Dhs TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Pr. Hanane BENHALIMA  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
INPE : 101108587

Cachet et signature



# HOPITAL PRIVE PASTEUR

INTERSECTION AVENUE ROBINIA ET AVENUE SOPHORA  
HAY RIAD -RABAT-

## F A C T U R E

N° : 5147 / 2023 du 31/10/2023

Nom patient **BENHALIMA LOUBNA**  
**PAYANT**

Entrée 31/10/2023  
Sortie 31/10/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE DOUBLE	1,00		300,00	300,00
BLOC OPERATOIRE	1,00	K30	675,00	675,00
			Sous-Total	975,00
PHARMACIE	1,00		599,04	599,04
			Sous-Total	599,04
<b>Total Clinique</b>				<b>1 574,04</b>

PR. BENHALIMA HANANE (chirurgie maxill)	1,00	K30	3 500,00	3 500,00
DR. AMAR ABDELAZIZ (anesthésiste rea)	1,00	A15	337,50	337,50
			Sous-Total	3 837,50
<b>Total Autres prestations</b>				<b>3 837,50</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ MILLE QUATRE CENT ONZE DIRHAMS CINQUANTE-QUATRE CENTIMES	<b>Total 5 411,54</b>

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
Intersection Bd Robinia & Bd Sophora  
Hay Riad - Rabat  
Tél: 0537.71.92.92 - Fax: 0537.71.93.72  
INP: 00063675