

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Reéducation :

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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 070842

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHIAOMI

Date de naissance : 25/05/1977

Adresse :

Tél. : 0661 34 47 98

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHIAOMI MEKKI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse

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) :

Docteur Nassar  
Professeur de Radiologie  
INPE : 101110906



# 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
29/01/22	30/01/22		3095,25	Docteur I. Nassar Professeur de Radiologie INPE : 101110906

# 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
29/01/22 au 30/01/22	Frais Clinique	AM PC IM IV	11 904,75

HOPITAL PRINCE PASTEUR  
11, rue de la République - Bd. de la République  
Tél: 0537.71.11.11 - Fax: 0537.71.93.72  
INPE: 10006366

# 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

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 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		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# HOPITAL PRIVE PASTEUR

INTERSECTION AVENUE ROBINIA ET AVENUE SOPHORA  
HAY RIAD -RABAT-

## F A C T U R E

N° 803 / 2022 du 30/01/2022

Nom patient	CHIADMI MEKKI	Entrée	Sortie
		29/01/2022	30/01/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMBRE INDIVIDUELLE	1,00		800,00	800,00
ACCOMPAGNANT	1,00		300,00	300,00
SALLE CATHE	1,00	PROTHESE	1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	2 600,00
PHARMACIE	1,00		9 304,75	9 304,75
			Sous-Total	9 304,75
Total Frais Clinique				11 904,75
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. NASSAR ITTIMAD (radiologue)	1,00	PROTHESE	3 095,25	3 095,25
			Sous-Total	3 095,25
Total prestations externes				3 095,25

	Total général	15 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUINZE MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	15 000,00	15 000,00	0,00

Ref Chq : BP N° AAA 1800046

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
Intersection Rd Robinia & Bd Sophora  
Hay Riad - Rabat  
Tél : 0537 71 92 92 - Fax : 0537 71 93 72  
INPE : 10008676

Le : 30/01/2022

Références

803 / PAYANT

Entrée / Sortie : 29/01/2022 - 30/01/2022

Le Pr. NASSAR ITTIMAD

présente à Mr CHIADMI MEKKI

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

3 095,25 Dhs TROIS MILLE QUATRE-VINGT-QUINZE DIRHAMS VINGT

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

Chèque



Docteur H. Nassar  
Professeur de Radiologie  
INPE : 101110906

Cachet et signature



# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient <b>CHIADMI MEKKI</b>	N° Facture :	803	A0848-01H
----------------------------------	--------------	-----	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
LIDOCAINE 2%-FI.20M SOLUTIO (01)	1	16,50	16,50
OMNIPAQUE 300 MG/ML 5 SOLUTIO (01)	1	116,50	116,50
SERUM SALE 0.9% 500 M 0.9% 500M INJECTA	1	12,80	12,80
SERUM SALE 0.9/ INJ 250ML INJETAB (01)	1	12,60	12,60
Sous-Total médicaments			158,40
AIGUILLE ORANGE G25*1*1/2 (100)	1	0,34	0,34
CATHETER CENTRAL 2LUM (01)	1	208,00	208,00
COMPRESSE 10*10/10 (01)	3	5,99	17,97
ELECTRODES ECG (01)	5	1,95	9,75
GANT D'EXAMEN	10	1,30	13,00
GANT STERILE N 6.5	3	8,19	24,57
GANT STERILE N 7.5	1	8,19	8,19
GUIDE AMPLATZ (01)	1	1 950,00	1 950,00
KIT INTRO FEMO 6FR (01)	1	325,00	325,00
LAME BISTOURI CH 23 (100)	2	1,05	2,10
PERFUSEURS (01)	1	4,90	4,90
SERINGUE 10CC LUER LOCK	3	3,25	9,75
SOIE 1 CT 30 (36)	1	46,78	46,78
SOIE 2/0 CT 26 (40)	1	21,00	21,00
STENT AUTO EXP 8°80°75 (01)	1	6 890,00	6 890,00
TROUSSE CORONOGRAPHIE (01)	1	455,00	455,00
Sous-Total consommable médical			9 986,35
(*) Conditionnement hospitalier	Total pharmacie		10 144,75

**HOPITAL PRIVE PASTEUR**  
 Intersection Bd-Rodriguez & Bd Saphora  
 Hay Riad - Rabat  
 Tél: 0537 71 82 82 Fax: 0537 71 93 72  
 Tél: 0537 71 00 63 67 6



Hôpital Privé Pasteur

المستشفى الخاص باستور

Mr CHIADMI MEKKI

le 29/1/2022

### **PROTHESE BILAIRE PERCUTANEE.**

#### **Indication :**

- Sténose de l'anastomose bilio digestive

#### **Technique et résultat :**

- Ponction d'une branche biliaire.
- Cathétérisme par guide terumo et sonde 5F puis largage d'une prothèse 8mm/80 mm sur guide Amplatz.
- Bonne opacification duodénale.
- Absence de complication.

Pr NASSAR

*Docteur I. Nassar*  
Professeur de Radiologie  
INPE : 101110906



CHIADMI, MEKKI  
22A0818-01H  
\*25/06/1947, M, 74Y

STUDY 1  
29/01/2022  
13:30:42  
4 - 2/10

0.07 sec

R

Coro

cm 39

A

kV 77

mA 453

D 165

LAO 23° / CAUD 5°

CHIADMI, MEKKI

22A0818-01H

\*25/06/1947, M, 74Y

STUDY 1  
29/01/2022  
13:36:34  
5 - 21/299

2.09 sec

R

L Card

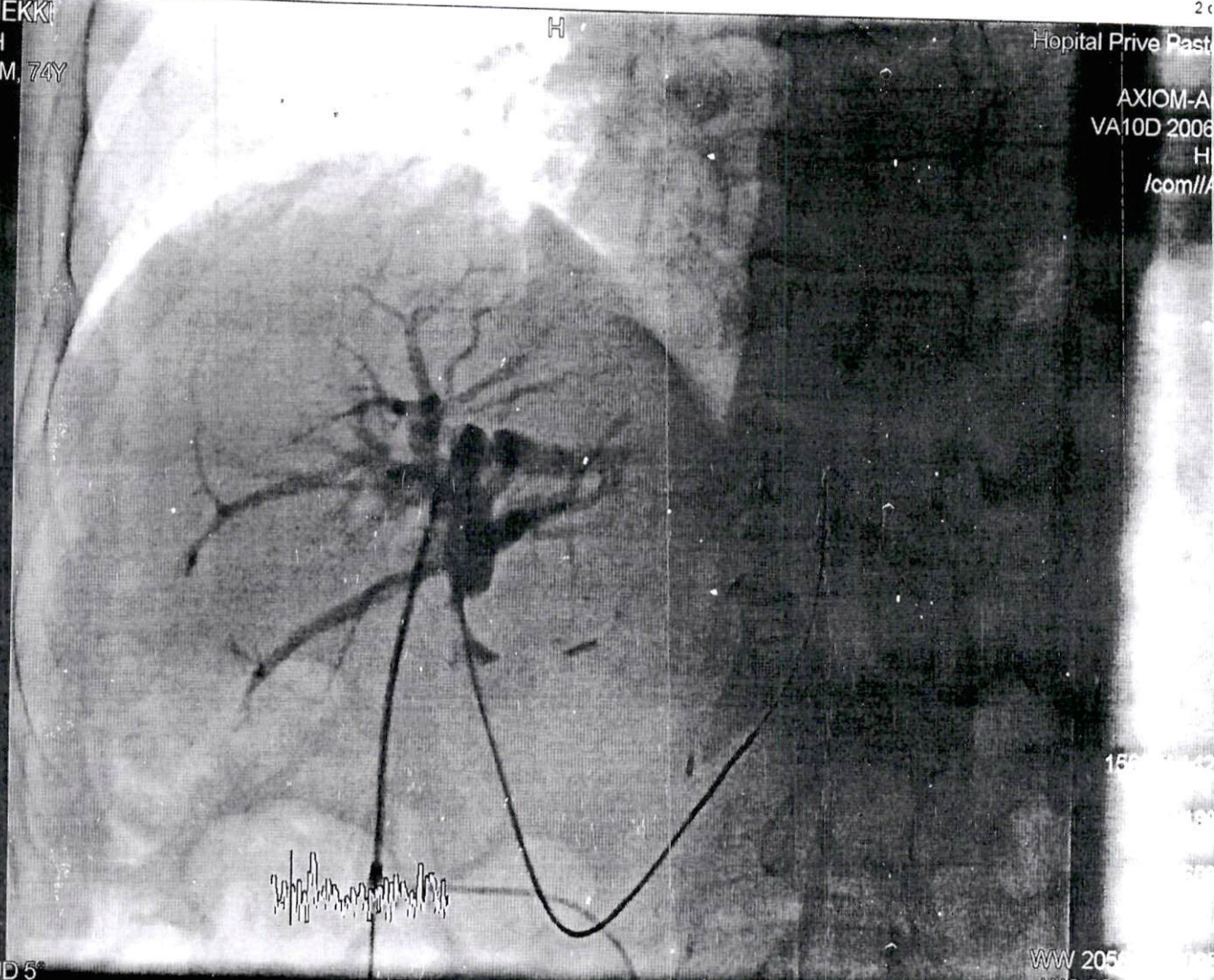
m 39

/ 79

A 122

55

AO 23° / CAUD 5°



Hopital Prive Pasteur

AXIOM-A

VA10D 2006

HI

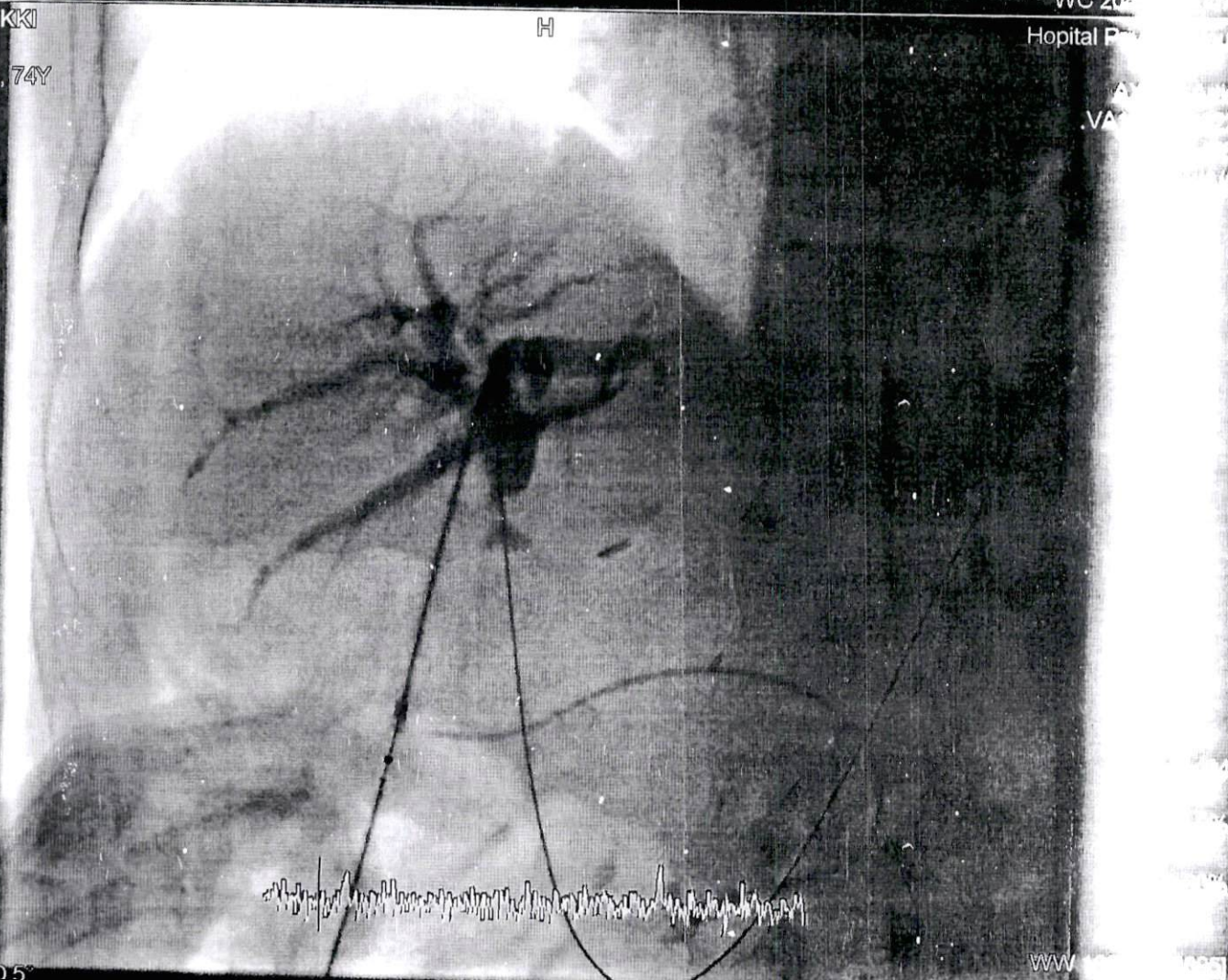
/com//A

WW 205

WC 204

Hopital P

.VA



WW