

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

N° W21-720706

12/2023 sur com

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8378 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAJJI RAJAA

Date de naissance : 11/11/62

Adresse : 80075 Res. Tmouneq Poubles Apt 8200

TOAD Ray nissi KABDO

Tél. : 066372121 Total des frais engagés : 836,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/09/23

Nom et prénom du malade : EL HAJJI RAJAA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Consultation + EC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-720706

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 :

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
01/09/20	Chir		250,00	INP : <input type="text"/> Dr. Nader Médecin Anesthésiste RÉA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEAUTE SANTE ORDONNANCES Mehdi Ben Barka Chouaib Tél: 05 71 12 71 27 - Fax: 05 71 12 71 27	31.08.89	113,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
HOITAL PRACTICE Intersection Bd Robinie & Bd Sidi Hay Riad Rabat Tél: 0537.71.92.76 - Fax: 0537.71.93.12 INP: 100033676	01/09/20	Flans clinge				500,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, 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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	B 00000000		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

P P V 1 4 D H 6 0
P E R 0 5 / 2 5
L O T L 1 2 5 1
S 1



ré Pasteur

Ordonnance

Rabat le

31/08/22

38.60

M ELHAJJI RAYAH

1/	<u>Maxol Spicy Gargle</u>	
40.00	1puls x 3/10	
2/	<u>Paromyxza Syrup</u>	
14.00	1cū 8x 3/10	
3/	<u>Doliparal 10</u>	
26.50	10p x 2/10	
4/	<u>Vit-C 10</u>	
113.10	10p x 2	

**CARRE SANTÉ BEAUTÉ SARL
PHARMACIE PARAPHARMACIE
ORDONNANCE**
Tél: 05 37 71 71 21
AV. Mehdi Ben Barka - BP 106
N°2, Ksar Sidi - FAX: 05

200 U.CEIP/ml

40,00

OPITAL PRIVE PASTEUR
Intersection Bd-Robinia & Bd-Sophora
Bd 33-71-92-92 - Hay-Riad - Rabat
WPE: 100063676 - Far: 0537-71-92

HOPITAL PRIVÉ PASTEUR
Dr. MADON

MAROCI LINIC / ICE : 001893493000024

Adresse : Intersection Avenue Robinia et Avenue Sophora Hay Riad – Rabat / Tél : 0537 71 92 92

contact@hopitalprivepasteur.com / www.hopitalprivepasteur.com

HOPITAL PRIVE PASTEUR

INTERSECTION AVENUE ROBINIA ET AVENUE SOPHORA
HAY RIAD -RABAT-

FACTURE

N° 4 105 / 2022 du 01/09/2022

Nom patient	EL HAJJI RAAJA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	01/09/2022	01/09/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONS	1,00		100,00	100,00
ECG	1,00		200,00	200,00
TEST RAPIDE	1,00		30,00	30,00
			Sous-Total	330,00
<i>PHARMACIE</i>				
	1,00		170,00	170,00
			Sous-Total	170,00
Total Frais Clinique				500,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. AMAR ABDELAZIZ (reanimateur)	1,00	CONS	250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total prestations externes				250,00

	Total général	750,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		750,00		750,00	0,00

HOPITAL PRIVE PASTEUR
Intersection Bd-Robinia & Bd Sephora
Hay Riad - Rabat
Tél: 0537.71.92.02 - Fax: 0537.71.93.72
INPE: 100063676

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient EL HAJJI RAAJA	N° Facture	4 105	G0516-02E
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
TEST RAPIDE antigeniq (01)	1	170,00	170,00
Sous-Total consommable médical			170,00
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>		Total pharmacie	170,00

HOPITAL PRIVE PASTEUR
Intersection Bd-Rochette / Bd-Sophora
Hay El Ad - Rabat
Tél: 0537.71.93.72 - Fax: 0537.71.93.72
NIP: 100063676

Le : 01/09/2022

Références

4 105 / 220901002034120002
PAYANT

Entrée / Sortie : 01/09/2022 - 01/09/2022

Le Dr. AMAR ABDELAZIZ

présente à EL HAJJI RAAJA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
250,00 Dhs (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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

HOPITAL PRIVE PASTEUR
Dr. AMAR ABDELAZIZ
Médecin Anesthésiste Réanimateur
N°P : 10254209

Cachet et signature

Name:

ID:

Sex: Male

Years

1 Sep 2022 0:05:12

Vent. rate

108 bpm MINNESOTA(03-06)

PR int

130 ms 8-7

QRS dur

80 ms

QT/QTc(E) int.

318/381 ms

P/QRS/T axis

62/ 75/ 66

RV5/SV1 amp

1.155/ 0.820 mV

RV5+SV1 amp

1.975 mV

Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

1120 Sinus tachycardia

0102 ARTIFACT PRESENT

9140 ** abnormal rhythm ECG **

