

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-720706

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8378

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAJJ RAJA

Date de naissance : 16/11/62

Adresse : Sect 5, Res. Imvaya Pukis Apt 8500

Tél. : 066374204

Total des frais engagés : 836,604

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/22

Nom et prénom du malade : ELHAJJ RAJA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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° 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 :



# 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
01/02/02	Cm		250,00	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.08.99	113,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	01/02/02	Frais				500,00

# VOLET ADHERENT

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

# 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
	<table> <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></td><td>B</td><td></td></tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS [ ]																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			DATE DE L'EXECUTION [ ]																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV 14 DH 60  
PER 05 / 25  
LOT L 125  
S 1



Hôpital Privé Pasteur

المستشفى

# Ordonnance

Rabat le 3/10/12

M<sup>me</sup> ELHAGGI RAGHA

32.60

1/ Paracetamol Garges

40.00

Amels x 3/j

2/

Paromylax Sirop

14.00

Acu 5 x 3/j

3/

Doliprane 10

26.50

sup x 3/j

4/

Vit - C

113.10

sup x 3

ORDONNANCE  
CARRÉ SANTÉ BEAUTÉ SARY  
PHARMACIE PARAPHARM  
Avenue Méditerranéenne - Rabat  
N° 0537 71 71 71 - Fax: 0537 71 71 71

200 U.CEIP/ml

40.00

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
Intersection Bd-Robinia & Bd Sophora  
Hay Riad - Rabat  
Tél: 0537 71 92 92 - Fax: 0537 71 92 92  
Médicins: 1010060578

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
Dr. A. ELHAGGI  
Médicins

MAROCLINIC / 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-

## F A C T U R E

N° 4 105 / 2022 du 01/09/2022

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

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
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
PHARMACIE	1,00		170,00	170,00
			Sous-Total	170,00
Total Frais Clinique				500,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. AMAR ABDELAZIZ (reanimateur)	1,00	CONS	250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total prestations externes				250,00

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

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

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
Intersection Bd-Robina & Bd Sophora  
Hay Riad - Rabat  
Tél: 0537.71.93.72 - 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
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	170,00

HOPITAL PRIVE PASTEUR  
 Intersection 86-Rohd - Rabat  
 Hay Riad - Rabat  
 Tel: 0537.71.93.72 Fax: 0537.71.93.72  
 N°PE: 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° 10 254209

Cachet et signature



Name:

1-Sep-2022 0:05:12

1120 Sinus tachycardia

ID:

Sex: Male

Years

0102 ARTIFACT PRESENT

9140 \*\* abnormal rhythm ECG \*\*

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:



Name: ID: 10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz 10 mm/mV

Male 10 mm/mV Years 1-Sep-2022 0:05:12 108 bpm 10 mm/mV



2150 02-01 03-06

Exam: