

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'Hay
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- 072801

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 34110601 Société : 188328

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Séfiane Ismael

Date de naissance : 18/10/2001

Adresse : 178 Appt 32 résidence Elane Royal Air

Tél. : 0666 128524 Total des frais engagés : 4486.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/09/2023

Nom et prénom du malade : Séfiane Ismael Age : 22

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

Nature de la maladie : Abatisme de l'articulation

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 : M 13 NOV. 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

M

R

ACCUEIL

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 |
| 12/02/2013 | K.d.o | | 3048,66 | <p>Dr. ABOUZAHRE Mohamed Tranmatologie ORTHOPÉDIE Im. E. Abti 2, Complexe, Marrakech Hay Elmanzel, C.M. Rabat 33 78 79 24 GSM: 06 61 25 50 03</p> <p>HOPITAL PRINCE PASTEUR MARRAKECH</p> |
| 11 | A.A.K x 22-05 | | 337,50 | |

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. ABOUZAH Mohamed
 Traumatologie Orthopédie
 Im. E. Apt 2, Complexe, Manal
 Hay El Manzel CYM: Rabat
 Tél: 33 79 79 24 GSM: 06 61 25 50 92

HOPITAL PRIVE PASTEUR
 EL ANASSER

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date 12-2-23 | 486,00 |

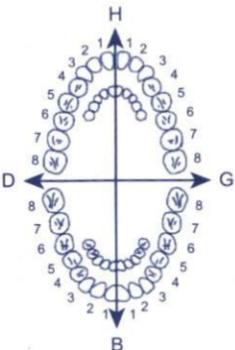
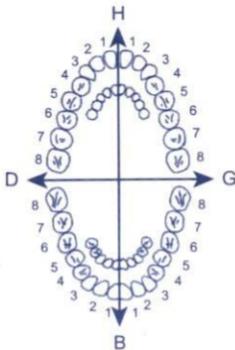
Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

[illegible]

Cachet et Signature du
Laboratoire et du Radiologue

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|--|-------------------|--------|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IV | |
|  | | | | | 613,94 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Cachet et signature
du Praticien

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|--|
| <p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> Montants des Soins <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> Début d'exécution <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> Fin d'exécution <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Coefficient des Travaux <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> Montants des Soins <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> Date du Devis <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> Date de l'exécution <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | |

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|-------------------|---------------------|-------------|---|
| | | | | | CCEFFICIENT 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 | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>D G</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. ABOUZAHIK Mohammed
 Traumatologie Orthopédie
 Im. E. Appt 2, Complexe, Manal
 Hay ElManzeh CYM- Rabat
 Tél: 05 37 71 92 92 GSM: 06 61 35 59 92

Ordonnance

Rabat le: 12/09/2023

222,00 x 2 SETIMO STIMEL

1/1 Symptôme de SV 250g

14,00 x 3 18 x 3 pl 10 Jan
 21 Dolipr 1g SV 250g
 27 x 3 pl 1g

486,00

Dr. ABOUZAHIK Mohammed
 Traumatologie Orthopédie
 Im. E. Appt 2, Complexe, Manal
 Hay ElManzeh CYM- Rabat
 Tél: 05 37 71 92 92 GSM: 06 61 35 59 92

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

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
02, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00
PER: 06/24
LOT: K1759

Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
02, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00

PER: 06/24

LOT: K1759

Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
02, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00

PER: 06/24

LOT: K1759

poudre pour suspension
buvable en sachet

1g/125 mg



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 222,00 DH
LOT : 651331
PER : 01/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

poudre pour suspension
buvable en sachet

1g/125 mg



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV : 222,00 DH
LOT : 651331
PER : 01/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

HOPITAL PRIVE PASTEUR

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/09/2023 **Références** 4 209 / PAYANT

Entrée / Sortie : 12/09/2023 - 12/09/2023

Le Dr. AMAR ABDELAZIZ

présente à Mr SEFIANE ISMAEL

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

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

HOPITAL PRIVÉ PASTEUR
Dr. Abdelaziz AMAR
Médecin Anesthésiste Réanimateur
N°P: 101254209

Cachet et signature

HOPITAL PRIVE PASTEUR

NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/09/2023 **Références** 4 209 / PAYANT

Entrée / Sortie : 12/09/2023 - 12/09/2023

Le Dr. **ABOUZAHIR MOHAMED**

présente à **Mr SEFIANE ISMAEL**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
 3 048,66 Dhs TROIS MILLE QUARANTE-HUIT DIRHAMS SOIXANTE-

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

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

Dr. ABOUZAH R. Mohammed
Traumatologie Orthopédie
Im. E. Apt 2, Complexe, Manal
Hay El Manzeh CYM: Rabat
T44 00 34 70 70 00 0000 00 61 24 00 93

Cachet et signature



Hôpital Privé Pasteur

المستشفى الخاص باستور

Rabat le
12/09/2023

Compte Rendu opératoire

Dry: ablation de tumeur de l'os iliaque

En DD, Baignoire et chaise

8m Anesthésie générale à la suite de l'opération

Voie d'abord en regard du point d'attache des Brach

ablation de Brach

Panctum de l'opérateur au niveau du point d'attache

Dr. ABOUZAHIR Mohammed
Traumatologie Orthopédie
Im. E. Appt. 2, Complexe, Manal
Hay ElManzeh CYM, Rabat
Tél: 05 37 71 92 92 / 05 37 71 92 92

HOPITAL PRIVE PASTEUR

INTERSECTION AVENUE ROBINIA ET AVENUE SOPHORA
HAY RIAD -RABAT-

F A C T U R E

N° 4 209 / 2023 du 12/09/2023

| | | | |
|-----------------|----------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | SEFIANE ISMAEL | Entrée 12/09/2023 | Sortie 12/09/2023 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| BLOC OPERATOIRE | 1,00 | K20*22.5 | 450,00 | 450,00 |
| | | | Sous-Total | 450,00 |
| PHARMACIE | 1,00 | | 163,84 | 163,84 |
| | | | Sous-Total | 163,84 |
| Total Frais Clinique | | | | 613,84 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. AMAR ABDELAZIZ (anesthésiste rea) | 1,00 | A15*22.5 | 337,50 | 337,50 |
| DR. ABOUZAHIR MOHAMED (traumato-orthopé) | 1,00 | K20 | 3 048,66 | 3 048,66 |
| | | | Sous-Total | 3 386,16 |
| Total prestations externes | | | | 3 386,16 |

| | |
|---|------------------------|
| | Total général 4 000,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE DIRHAMS | |
| | |

| | | | | | | |
|---------------|----------|--|--|--|----------------|-------|
| Encaissements | Espèces | | | | Total encaissé | Solde |
| | 4 000,00 | | | | 4 000,00 | 0,00 |

Droit de timbre 10,00

HOPITAL PRIVE PASTEUR
Intersection Bd Robinia & Bd Sophora
Hay Riad - Rabat
Tél: 0537 71 92 92 - Fax: 0537 71 93 72
INRE: 100063676

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

| | | |
|------------------------------|------------------|-------------|
| Nom patient : SEFIANE ISMAEL | N° Facture 4 209 | 23I0204-01H |
|------------------------------|------------------|-------------|

| Produit | Quantité | Prix Unitaire | Montant |
|----------------------------------|----------|---------------|---------|
| BETADINE VERTE 125ML FLACON (01) | 1 | 15,60 | 15,60 |
| COMPRESSE 10*10/10 (01) | 1 | 6,50 | 6,50 |
| GANT D'EXAMEN | 10 | 0,88 | 8,80 |
| GANT STERILE N 8 | 1 | 12,00 | 12,00 |
| LIDOCAINE 2%-Fl.20M SOLUTIO (01) | 1 | 10,30 | 10,30 |
| SERINGUE 10 CC (01) | 1 | 3,50 | 3,50 |
| VICRYL RAPIDE 3/0CT24 (36) | 1 | 107,14 | 107,14 |
| Total pharmacie | | | 163,84 |

HOPITAL PRIVE PASTEUR
Intersection Bd-Robin & Bd Sophora
Hay Riad - Rabat
Tel: 0537 71 32 02 - Fax: 0537 71 93 16
TPE: 100033576