

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-450490

Scanned  
78368

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11448 Société : RAM.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHYAR KAMAL

Date de naissance : 11-09-73

Adresse : DAR BOUAAZZA

Tél. : 0693 35 8571 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2021

Nom et prénom du malade : Yacoub Khyar

Age : 47

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

Nature de la maladie : Fr. 2os Au bras droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute accidentelle

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 : Casablanca le : 11/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Signature du médecin :

Dr. LARAKI HOUSSEINE, Chirurgien Pédiatre, Polyclinique Mère-Enfant, 09/09/2197



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

11/07/21	R40	1008,86		 Dr. KARAKI HOUSSAIN Chirurgien Pédiatre Polyclinique Mère-Enfant CASS-Hay Hassan 05 22 89 21 97
----------	-----	---------	--	--


## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

 PHARMACIE AL MARKAZI LO 804 - ALBAHMA CASABLANCA Tél : 05 22 89 62 85	11/07/21	38,50
--	----------	-------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

 Dr. KARAKI HOUSSAIN Chirurgien Pédiatre Polyclinique Mère-Enfant CASS-Hay Hassan 05 22 89 21 97	11/07/21	705	230,00
--	----------	-----	--------

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

--	--	--	--	--	--

VOLET ADHERENT

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

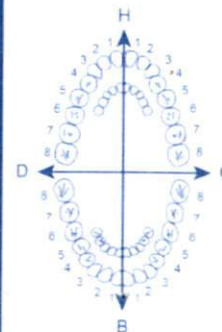
Important :

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

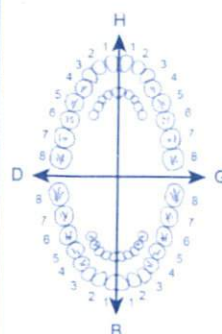
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



1) Date de la constatation de l'état de malade:

Yacine Krigar

2) Renseignements cliniques sommaires:

Fracture des os

Avant-bras droit

à domicile

3) Traitement envisagé et actes:

Contre-indication

4) Durée prévisible du traitement:

A

LE

11/09/2021

Signature

Dr. LARAKI HOUSSEIN  
Chirurgien Pédiatre  
Polyclinique Mère - Enfant CNSS Hay Hassani  
09/092197





الضمان الإجتماعي  
+o!XO%+o+ !oE%!  
CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le 11/07/2021

Khiyar yacout

Fr. 208 Av - Mères Dr

Rx Av - Mères droit

T103

47 R

Dr. LARAKI HOUSSEINI  
Chirurgien  
Polyclinique Mère-Enfant  
Hay Hassani

Mardi matin 9h.



الضمان الاجتماعي

ⵜⴰⴳⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⴳⴷⵓⴷⴰ ⵜⴰⴳⴷⵓⴷⴰ

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le ..... 11/07/2021

KHITAR YACOUT

Rx du membre Supérieur

Droite



Dr. LARAKI :

AGENCES  
Dr. LARAKI BOUSSAÏNI BOUCHARA  
Chirurgien Pédiatre  
Polyclinique Mère-Enfant CNSS Hay Hassani  
BORDJ BOUCHARA  
01 22 197



الضمان الاجتماعي  
+oXO+o+ loC%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة

## ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



Mère - Enfant  
Hay Hassani

Le 11/07/2021

Khiyar Yaacout

7900

Nurodol susp

1ppd x 31j

7750

Doli - pédiatrique susp

1ppd x 31j

x 31j

Echarpe embove supérieur

Dr. LARAKI HOUSSEINI BOUCHER  
Chirurgien Pédiatre

Polyclinique Mère - Enfant CNSS Hay hassani

03/092197

POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S  
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI  
 20200 CASABLANCA  
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71  
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 707225	N° SEJOUR : 210016910	<b>FACTURE N° 2103005095</b>		DATE D'ENTREE : 11/07/2021		DATE DE SORTIE : 11/07/2021					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : KHYAR, Yacout							
MALADE : KHYAR, Yacout											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	22.00	10.00	220.00					0.00	220.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	TOTAUX :	220.00						220.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT VINGT DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		REMISE :	0.00	REGLE :	220.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 11/07/2021	EDITEE LE : 11/07/2021	PAR: NEJMI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE : DATE AT :						
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S						
		BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
		N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						

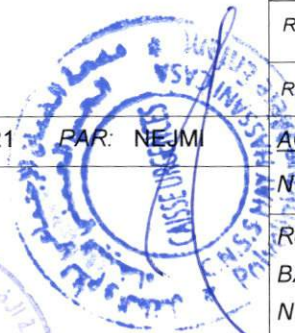




9

N° IPP :	707225	N° SEJOUR :	210016919	<b>FACTURE N° 2105005829</b>		DATE D'ENTREE : 11/07/2021		DATE DE SORTIE : 11/07/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>KHYAR, Yacout</b>							
MALADE : KHYAR, Yacout											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
<b>AUTRES ACTES COTES EN K</b>											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE		K	40.00	22.50	900.00					0.00	900.00
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>					108.86					0.00	108.86

Intervenant : 470024 DR. LARAKI EL HOUSSAINI BOUCHRA		TOUX :		1008.86	.					1008.86
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :	.				ACOMPTE :	
MILLE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT SIX CENTIMES				REMISE :	0.00	REGLE :	1008.86		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 11/07/2021		EDITEE LE : 11/07/2021		PAR: NEJMI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :				
				Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S				
				BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
				N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49				





KHYAR

KAMAL

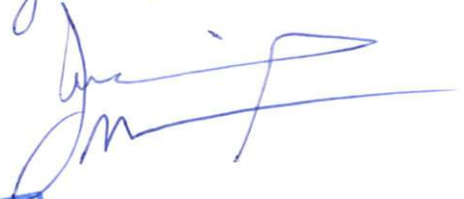
Mtbi 11448

Tél: 0693358571.

Objet : Comse et liston ston a fracture  
YACOUT Khyar

Je soussigne que ma fille Yacout Khyar  
agé de 4 ans a eu une fracture  
à l'avant bras droit; cette incident a  
eu lieu à la maison.

Khyar Kamal



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

RADIOLOGUE : DR.B.BENLAMLIH  
MEDECIN DEMANDEUR  
DR : LARAKI

Nom : KHIYAR  
Prénom : YAKOUT  
DATE : 14/07/21

EXAMEN RADIOLOGIQUE **Rx : AVANT BRAS DROIT**

#### RESULTAT :

- Fracture du tiers moyenne de la diaphyse radiale et cubitale droite immobilisée par plâtre en bonne voie de consolidation.

SENTIMENTS CONFRATERNELS

Dr. BOUCHRA BENLAMLIH  
Médecin Radiologue  
Polyclinique Mère-Enfant  
CNSS Hay Hassani

Casablanca, 12/07/21

**SERVICE DE RADIOLOGIE**

**IDENTITE PATIENT** : KHYAR YAKOUT

**EXAMEN DEMANDE PAR** : DR

**RADIOGRAPHIE AVANT BRAS DROIT F/P**

**RESULTATS :**

- Fracture diaphysaire des deux os de l'avant bras droit .

Dr. Souad LAHOU  
RADIOLOGIE





N° IPP : 707491		N° SEJOUR : 210017210		<b>FACTURE N° 2103005178</b>		DATE D'ENTREE : 14/07/2021		DATE DE SORTIE : 14/07/2021			
ASSURE :				<b>DESTINATAIRE :</b> <b>KHIYAR, Yacout</b>							
MALADE : KHIYAR, Yacout											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00 150.00	
Intervenant : 10532 DR BENLAMLIH BOUCHRA				TOTAUX : 150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE : 0.00		REGLE : 150.00				AVOIR :	
				RESTE DU: 0.00							
DATE FACTURE : 14/07/2021				EDITEE LE : 14/07/2021		PAR: OUKHAL		ACCIDENT DE TRAVAIL :			
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE MERE-ENFANT - C.N.S.S			
						BANQUE :		BMCE - YAACOUB ELMANSOUR			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 71 210 00 60070 49			

