

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-450490

Scanned
78368

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11448 Société : RAMI

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 : 11/10/2021

Nom et prénom du malade : Yacoub Khyar Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fr 205 Au bras droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident automobile

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 : 11/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

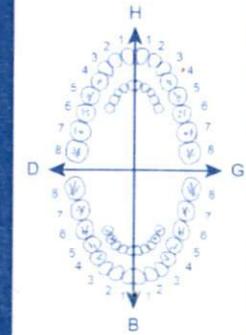
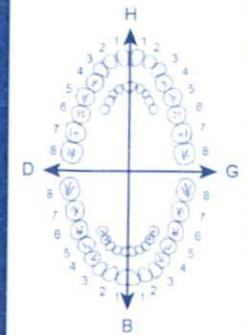


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/07/2021	R40		1008,86	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
		11/07/21	35,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/07/21	705	220,-

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

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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F																						
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																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G				B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	D																					
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	G																					
	B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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																				

VOLET ADHERENT



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

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

Yacoub Kriyar

2) Renseignements cliniques sommaires:

Fracture des os

Avant-bras droit

à domicile

3) Traitement envisagé et actes:

Orthopédie

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

Khigyar yacoub

Fr. 208 Av. - Mars Dr

Rx Av - Mars droit



T1103 47R

Dr. LARAKI HOUSSAINE
Chirurgien
Polyclinique Mère-Enfant Hay Hassani

Mercuredi matin 9h.



الضمان الاجتماعي
+oK0%+o+ loE%+

CNSS

Le devoir de vous protéger

وصفة

ORDONNANCE



Mère - Enfant
Hay Hassani

Le 11/07/2021

KHITAR YACOUT

Pa du membre Supérieur

Douleur



Dr. LARAKI

REFERENCES
Dr. LARAKI YOUSSEF BOUCHRA
Chirurgien Pédiatre
Polyclinique Mère-Enfant CNSS Hay Hassani
06 22 197



وصفة ORDONNANCE



Le 11/07/2021

Khiyar Yaacout

7900

Nurodol susp

1ppd x 3j



PHARMACIE AL MARRAZIA
LOT 004 - BERRAHIMA 2
R.S. 2299/2002-85

7750

Doli - pediatric susp

1ppd x 3j x 3j

3550

Echarpe ombre supérieur

Dr. LARAKI HOUSSAINI BOUCHA
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	FACTURE N° 2103005095		DATE D'ENTREE :	11/07/2021	DATE DE SORTIE :	11/07/2021	
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE :	KHYAR, Yacout			UF: 5003 RADIOLOGIE		KHYAR, Yacout				
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :			N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / 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:	
DEUX CENT VINGT DHS				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				



N° IPP :	707225	N° SEJOUR :	210016919	FACTURE N° 2105005829		DATE D'ENTREE :	11/07/2021	DATE DE SORTIE :	11/07/2021	
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE :	KHYAR, Yacout			UF: 5002 URGENCES		KHYAR, Yacout				
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :			N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
AUTRES ACTES COTES EN K										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	40.00	22.50	900.00					0.00	900.00
FOURNITURES MEDICALES				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 :	MILLE HUIT DHS ET QUATRE-VINGT SIX CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
		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

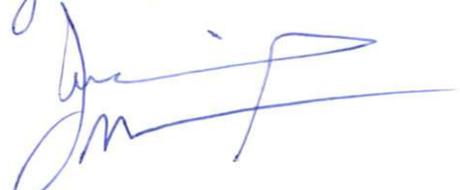
MTB: 11448

Tel: 0693358571.

Objet: Cause et circonstances a fracture
YACOUT Khyar

Je soussigne que ma fille Yacout Khyar
agé de 4 ans a eu une fracture
a l'avant bras droit; cette incident a
eu lieu a 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
Medecin 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	FACTURE N° 2103005178		DATE D'ENTREE : 14/07/2021	DATE DE SORTIE : 14/07/2021					
ASSURE :		DESTINATAIRE : KHIYAR, Yacout								
MALADE : KHIYAR, Yacout		UF: 5003 RADIOLOGIE								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / 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				

