

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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° M21- 0053642

☐ 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 BOUAAZ ZA

Tél. : 06 93 35 85 71

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2021

Nom et prénom du malade : KHYAR YALOUT

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 27/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
21/09/2021		6	300,-	Hôpital Universitaire Mohammed VI Pr DINI MOUZA Pédiatrie 101109254

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAAD Lot 442 Attafina 2 CASABLANCA Tel: 05 22 01 33 35	10/1/20	21/09/21

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie Tel: 05 22 01 33 35	21/09/21	Rb Alant bous Rb Coudé supplément	250,- 100,- 100,- 100,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2100399161 / H0121026546

Prénom : YACOUT

Nom : KHYAR

DDN : 05/07/2017 E: 21/09/2021

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe : F

أبو يعقوب
Khyar

1000

de molen

x 1 no. 1

PHARMACIE SARANI ARAHMA
Lot. 442 Arrahma 2
CASABLANCA
Tel: 05 22 01 33

LOT/BATCH
رقم الحصة • 90144
FAB/MFR
تاريخ الإنتاج 07-2020
EXP
تاريخ انتهاء الصلاحية 07-2022

STERIPHARMA
complément
alimentaire n'est pas
médicament
PPC:98,00_dh

3 546895 529723 >

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr OMN NOUZZI
Pédiatrie
101109324

KHYAR
KAMAL

M+L: 11448

objet : fracture bras enfant
: Khyar yacont.

je vous confirme que mon enfant
Khyar yacont s'est blessé à
la maison et a fracturé son bras
en tombant.

Khyar Kamal


Non

Cas:

Collec Etiquette D- 315



2100399161 / H0121026546

Prénom : YACOUT

Nom : KHYAR

DDN : 05/07/2017 E: 21/09/2021

Service : URGENCES (NA)


 PAYANT
 Sexe: F

BILAN RADIOLOGIQUE

Age : 6 ans

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Traumatisme

• RADIO STANDARD : Avant Bras dlt + Gdx

☒ FACE

☒ PROFIL

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Pr OUM NOUZA
 Pédiatrie



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 24 / 09 / 2021

Quittance - Paiement espèces 0605558

IPP :

N° D'admission : Montant : 480 dh

Patient : Khyar Yacoub

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 09 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@icikm.hck.ma
N° INF 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 24/09/2021

Quittance - Paiement espèces 0605557

IPP :

N° D'admission : Montant : 300dh

Patient : Khizan Yacout

Cachet

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél : 05 29 08 43 05
Fax : 05 29 08 44 77
E-mail : contact@unim.kh.km
N°IPP 090061957
CAIRO

Casablanca , le 21/09/2021

PATIENT : KHYAR YACOUT

RX COUDE DROIT FACE/PROFIL

Minéralisation osseuse normale.

Articulations du coude morphologie normale.

Absence d'anomalie des parties molles.

Absence de lésion osseuse de nature traumatique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Aziz
RADIOLOGIE
147710468



Casablanca , le 21/09/2021

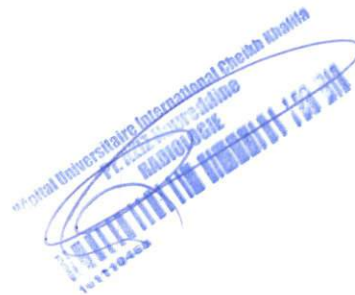
PATIENT : KHYAR YACOUT

RADIOGRAPHIE DE L'AVANT BRAS DROIT F/P

- Fracture diaphysaire de la moitié supérieure radio ulnaire avec discrète angulation dorsale en regard.
- Minéralisation normale des structures osseuses.
- Respect des interlignes articulaires sus et sous jacentes.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 112 534 / 2021 du 21/09/2021

Nom patient : **KHYAR YACOUT**

Entrée 21/09/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 21/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION PEDIATRIE	1,00	CS	300,00	300,00
- Radiographie Avant bras face profil	1,00		250,00	250,00
- Radiographie du coude sous une incidence	1,00		180,00	180,00
- Supplément pour incidence radiographique supplémpentaire	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	780,00
Total Frais Clinique				780,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	780,00
SEPT CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS			

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	780,00				780,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 08 44 77
e-mail : contact@fckm-hck.m
N° INP 090061862