

# 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 doit être jointe à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de soins orthodontiques, l'entente préalable est obligatoire avant le début de la prise en charge.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins.
- La radio-après soins est obligatoire.

## Maladie et Affection Longue :

- La déclaration de maladie chronique doit être jointe à la feuille de soins.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation
- 0 Prise en charge
- 0 Adhésion et changement de statut

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 8-86 relative à la protection des données personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. 05 22 22 22 22



**MUPRAS**

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

40 C et C  
Déclaration de Maladie

N° W21-800803

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10604

Société : R. A. M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TAIFI - WADI

Date de naissance : 01 Dec 1987

Adresse : 7, Bd. Amal, Fes

Tél. : 0641010289

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KAMALI SAUAD

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Fracture luxative de l'humérus

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le 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.

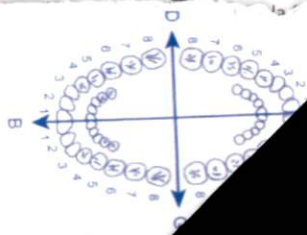
Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

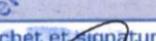
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



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
09	hospitalisation	7689	40	
05	du 08-05	283		
08/05/23	209-05	683	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE KADMIRI</b> Rue Ahmed KADMIRI Plateau Lycée Al Wahia 22.99.43.95 - Casa	8-5-23	 <b>PHARMACIE KADMIRI</b> 27, Rue Ahmed KADMIRI Plateau Lycée Al Wahia Tél : 022.99.43.95 - Casa 544,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07.10.73	Pa	150.00

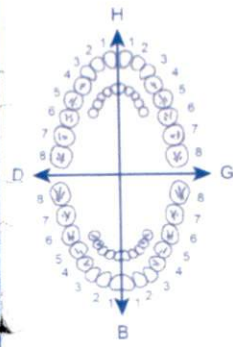

[illegible]

# 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 carélaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRE	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 DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th><th>G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr> <tr> <th>D</th><th>B</th></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr> </tbody> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G										
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE



Le 08-05-2023

M. KAMARI Fouad

131,60

1/ Spectum 500



1 - 1

2/ Cedol



1 - 1 - 1

3/ Fenac 50



1 - 1 - 1

347,00 x2

4/ Xarelto 10



1 - 1 - 1

help

x2

544,70

PHARMACIE ZYMA  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.95 - Casa

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE: 091037200

PHARMACIE ZYMA  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.95 - Casa

LOT: 21279A  
EXP: 10/2023  
PVC: 150.000M

Fabrication:  
**bellavie**  
Rue E. Duculot, 9b  
5060 Sambreville - Belgique

Distribution:  
**HEALTHY  
INNOVATION**  
18 Rue Racine Valfleur, Maasrif  
Candebasse Maron  
+972 822 23 22 81  
Contact@healthyinnovation.ma  
www.healthyinnovation.ma  
N° d'autorisation de la santé  
2022/210315/V1/DMA/CA/18



5 430001 608151

**Cédol**  
20 Comprimés



6 118000 180913

22.00

استمديك

LOT 22 32  
EXP 09/25  
44/40 DH 10

**Fenac** Promopharm  
50 mg 30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240372

**Xarelto** 10 mg / 10 cps  
Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH  
Bayer S.A.



6 118001 09064

LOT 230081  
EXP 01/2026  
PPV 131.60 DH

وصفة  
ORDONNANCE



0001380884 2 11/05/1971  
KAMALI  
SOUAD (MUPRAS)  
123003207 08/05/2023  
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI  
SALLE 169 LIT 169F

Le 08/05/23

1/ Plaque 1/3 de Tige  
7 lms  
2/ 7 vis Anterolab 3,5  
14X2 16X5  
3/ 2 Broches 20/25mm

Docteur Nabil HATTOMA  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE 001380884

Polyclinique Addaman Derb Ghallef Rue Addaman - Casablanca

Tél. : 05 22 86 30 20 - 05 22 86 30 21 - Fax : 05 22 86 42 05

Service Bloc Operatoire  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
Derb Ghallef  
MAY 18 2023



POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpit  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757 000080 IF: 1602

Date d'émission : 08/05/2023

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 123003207

N° de séance : 202305080298

N° IPP : 0001380884 KAMALI,Souad (mupras)

Né(e) le : 11/05/1971

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE  
UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE  
Date et heure : 08/05/2023 00:29  
Intervenant : 26122011 DR NABIL

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5005	EQUIPE PHARMACIE	Plaque 1/3 de tube de plus de 7 trous	CMP067	200.00	1.00	1.00	200.00
5005	EQUIPE PHARMACIE	VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 16MM	CMV026	31.20	1.00	5.00	156.00
5005	EQUIPE PHARMACIE	VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 14MM	CMV025	31.20	1.00	2.00	62.40
5005	EQUIPE PHARMACIE	broche kirchner	CMB029	25.00	1.00	2.00	50.00

Total : 468.40



OLYCLINIQUE LA  
SECURITE SOCIALE  
DERB GHALLEF

N° 004954

*fait Non Saisir*

NOM DU MALADE

*Kamali  
Souad*

° C.N.S.S. ou Mutuelle

*08-05-2023*

Renseignement Clinique

0001380884 2 11/05/1971  
KAMALI  
SOUAD (MUPRAS)  
123003207 08/05/2023  
ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGI  
SALLE 169 LIT 169F

Examen demande

*Recherche RT/P*

*CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INPE: 091037200*

Le Médecin Traitant

	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
NON URGENT	RAPIDE	URGENT	K =	PC =	

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpit  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 09/05/2023

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 123003207

N° de séance : 202305090145

N° IPP : 0001380884 KAMALI,Souad (mupras)

Né(e) le : 11/05/1971

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

Date et heure : 09/05/2023 09:22

Intervenant : 26122011 DR NABIL

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	EQUIPE DE RADIOLOGIE	Examen radiologique de la cheville, minimum deux i	Z	10.00	1.00	15.00	150.00

Total : 150.00



وصفة  
ORDONNANCE



Le 27/07/2013

Kanoul fual

Dr fual

Dr. YAQOUBI Youssef  
Médecin Dentiste  
INPE : 091183269

POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef  
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpit  
20100 CASABLANCA  
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-86  
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602

Date d'émission : 08/05/2023

Page : 1

## DECOMPTE

N° de séjour : 123003207

N° de séance : 202305080005

N° IPP : 0001380884 KAMALI,Souad (mupras)

Né(e) le : 11/05/1971

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE  
UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE  
Date et heure : 08/05/2023 00:29  
Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	EQUIPE DE RADIOLOGIE	Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombr	Z	10.00	1.00	16.00	160.00

Total : 160.00





N° IPP : 1380884	N° SEJOUR : 123003207	<b>FACTURE N° 2301010768</b>	DATE D'ENTREE : 08/05/2023	DATE DE SORTIE : 09/05/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE :	
MALADE : KAMALI,Souad NOM JEUNE FILLE :			KAMALI,Souad 06 ALEE FERNAND LEGER PORTE 63 9280 0 PUTEAUX FRANCE CASABLANCA CENTRE DE TRI	
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :			N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : 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
<b>FORFAIT HOSPITALISAT<sup>°</sup>, REA, CHIRURGIE, MATERNIT</b> FORFAIT K80 (M.A.F.A.R)	FK80	1.00	6400.00	6400.00					0.00	6400.00
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b> ACTES BIOLOGIE REMBOURSABLES PAR L'AMO	BAMO	410.00	1.10	451.00					0.00	451.00
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b> ACTES RADIOLOGIE REMBOURSABLE PAR L'AMO	ZAMO	31.00	10.00	310.00					0.00	310.00
<b>PROTHESES</b> BROCHE DE KIRSCHNER DIAM 20/10MM LONG 31 PLAQUE 1/3 DE TUBE A 7 TROUS VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 1 VIS CORTICAL A EMP HEXAG DIAM 3,5 LONG 1	CMB029 CMP067 CMV025 CMV026	2.00 1.00 2.00 5.00	25.00 200.00 31.20 31.20	50.00 200.00 62.40 156.00					0.00 0.00 0.00 0.00	50.00 200.00 62.40 156.00



Total à reporter				7629.40		0.00		0.00		7629.40
------------------	--	--	--	---------	--	------	--	------	--	---------

N° IPP :	1380884	N° SEJOUR :	123003207	FACTURE N°	2301010768	DATE D'ENTREE:	08/05/2023	DATE DE SORTIE:	09/05/2023
----------	---------	-------------	-----------	------------	------------	----------------	------------	-----------------	------------

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				7629.40		0.00		0.00		7629.40

TOTAUX :				7629.40						7629.40
Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT MILLE SIX CENT VINGT NEUF DHS ET QUARANTE CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	7629.40
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE :	09/05/2023	EDITEE LE :	09/05/2023	PAR:	NASIMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :			DATE AT :	
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef			
						BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

**Note confidentielle**  
(A renseigner par le médecin traitant)

<p><b>Nom et prénom da l'assuré (e) :</b></p> <p>.....</p> <p><b>Numéro d'immatriculation:</b></p> <p>.....</p> <p>0001380884 2 11/05/1971  KAMALI  SQUAD (MUPRAS)  123003207  08/05/2023  ORTHOPEDIE &amp; TRAUMATOLOGI  SALLE 169 LIT 169F</p> <p><b>No</b> ..... e que  <b>l'as:</b> .....  <b>Da</b> ..... / /</p>	<p><b>Nom et prénom da médecin traitant :</b></p> <p>.....</p> <p><b>INPE et code à barres* :</b></p> <p>.....</p> <p>INPE : 091037200  TRAUMATOLOGUE  CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE</p>
--	--

Date de la consultation    /\_/\_/\_/\_/\_/    /\_/\_/\_/\_/\_/

Diagnostic et motif des soins :

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

Fait à : ..... Le : /\_/\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/\_/

Signature et cachet du médecin traitant

INPE-091037200  
TRAUMATOLOGUE  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

\* Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :



## Compte rendu opératoire

Nom & Prénom	KAMATI Fouad
Age /Sexe	51 Ans femme
Médecin opérateur & INP	Dr. HATTOMA 091037200
Diagnostic	fracture luxation chevill G
Type d'intervention	Synthese interne
Date d'intervention	le 08-05-2023

1<sup>er</sup> temps : sous RA  
 - garrot s' le rouler du membre  
 - 1<sup>er</sup> temps : voie externe  
 fracture malleole externe oblique  
 vis de compression antero postérieure  
 plaque 1/3 de tube 7 trous  
 FIPP  
2<sup>ème</sup> temps : voie interne  
 - fracture malleole interne avec 1/3  
 - vis de compression antero postérieure  
 - 2 branches de KIRSCHNER  
 FIPP  
 Atteinte plâtrée Tarsus fpl 1/2 l'ens

Docteur Nabil HATTOMA  
 CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
 TRAUMATOLOGUE  
 INPE: 001027200

<p><b>le Corps du CRO</b></p>	
-------------------------------	--

<p><b>Traitement post opératoire</b></p>	
<p><b>Evolution</b></p>	
<p><b>Autres informations</b></p>	

**N.B : *Toujours joindre les copies des résultats des bilans biologique et radiologique réalisés.***

**Signature et cachet du  
Médecin Traitant**

**DECOMPTE LABORATOIRE**

N° de séjour 123003207

Nom

KAMALI

Prénom

SOUAD (MUPRAS)

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	NBR	PRIX	TOTAL
HEM00027	Tempsdecéphalinekaolin(TCK)	B	40.00	1	1.10	44.00
HEM00024	Tauxdeprothrombine	B	40.00	1	1.10	44.00
BIO00012	Créatinine	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00019	Glycémie	B	30.00	1	1.10	33.00
HEM00005	NumérationFormule(Globulesrouges/Bl	B	80.00	1	1.10	88.00
BIO00036	Urée	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00021	Ionogramme complet(Na,K,Cl,Prot,RA,	B	100.00	1	1.10	110.00
HEM00017	GroupeABOetRhésus	B	60.00	1	1.10	66.00
TOTAL			410.00			451.00





**BIOCHIMIE SANGUINE**

Glycémie à jeun (spectrophotometrie, biolab)	1.08 g/l	(0.74-1.10)
Sodium	140 mmol/L	(135-145)
Potassium	4.61 meq/L	(3.50-5.40)
Chlore	102 meq/L	(98-107)
Réserve alcaline	27 meq/L	(20-30)
Protéines totales	72 g/L	(64-83)
Calcium	93 mg/L	(84-102)
Urée	0.47 g/l	(0.16-0.48)
Créatinine	8 mg/L	(5-12)

**IMMUNO-HEMATOLOGIE**

**GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS**

Groupe sanguin ABO	B
Rhésus (D)	Positif

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.  
(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : QELFATHI OUMAIMA

POLYCLINIQUE CNSS  
DERB GHALLEF  
SERV. DE LABORATOIRE

Date du prélèvement : 08-05-2023 à 02:12

Code patient : 2305080002

Né(e) le : ( )

IPP : 1380884



Mme KAMALI Souad

Dossier N° : 2305080002

Prescripteur :

TRAUMATO-ORTHOPEDIE

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes

Hématies

10 000 /mm<sup>3</sup> (4 000-10 000)

4.27 10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>

### Lignée érythrocytaire

Hémoglobine

Hématocrite

VGM

TCMH

CCMH

13.2 g/dL (12.0-17.0)

40 % (37-52)

94 fl (80-95)

31 pg (28-32)

33 % (30-35)

### Formule leucocytaire

Neutrophiles

Eosinophiles

Basophiles

Lymphocytes

Monocytes

74.5 % soit 7 450.00 /mm<sup>3</sup>

0.6 % soit 60.00 /mm<sup>3</sup>

0.2 % soit 20.00 /mm<sup>3</sup>

17.7 % soit 1 770.00 /mm<sup>3</sup>

7.0 % soit 700.00 /mm<sup>3</sup>

(2 000.00-7 500.00)

(100.00-400.00)

(0.00-150.00)

(1 500.00-4 000.00)

(200.00-800.00)

### Numération plaquettaire

Plaquettes

Volume Plaquettaire Moyen

323 000 /mm<sup>3</sup>

10.9 fl

(150 000-400 000)

(6.0-11.0)

## HEMOSTASE

### TEMPS DE QUICK

Temps du témoin (RC)

Temps du patient

Taux de prothrombine

INR

13 sec. (70-100)

12 sec.

100 % (70-100)

1.0

### Temps de céphaline activé

Temps Témoin (RC)

Temps Patient

Rapport

35 s

29 s

1

(28-42)

DECOMPTE RADIOLOGIE

N° de séjour 123003207

Nom KAMALI  
Prénom SOUAD (MUPRAS)

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	Nombre	PRIX	TOTAL
T205	Téléradiographie du thorax, quel que soit le non	Z	16.00	1	10.00	160.00
T120	Examen radiologique de la cheville, minimum d	Z	15.00	1	10.00	150.00
TOTAL			31.00			310.00

