

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 canalaire, 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 canalaire.

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° P19- 049112

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10068 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HIRCHY HASSAN

Date de naissance : 1962

Adresse :

Tél. : 06.66.33.56.97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHEROUAQI Mohammed
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Clinique Ain Sebaa Casablanca
INPE : 091041533

Date de consultation : 19/10/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : fracture de la jambe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute en voyage

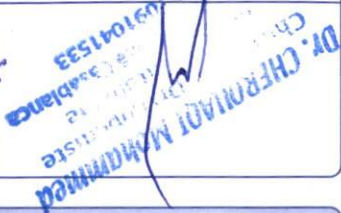
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/10/12 | E2 | | 3.000,00 Dhs |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

11/10/12 14.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 11/10/12 | E2 | 220 | 2.000,00 Dhs |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

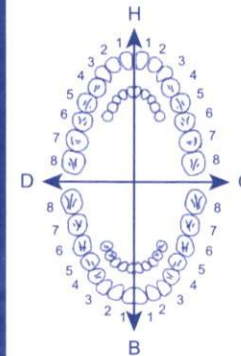
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

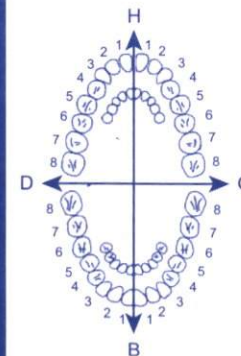
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

(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

DOCTEUR Mohammed CHEROUAQI

Spécialiste en chirurgie Orthopédique
et traumatologique
Chirurgie Réparatrice et du Rhumatisme
Chirurgie de la Main et du Pied
Chirurgie des Nerfs Périphériques
Traumatologie du sport
Expert Assermenté près des Tribunaux



الدكتور محمد شرواقي

اختصاصي في جراحة تقويم العظام
المفاصل والكسور
جراحة العيوب الجسمية و عواقب الروماتيزم
جراحة اليد القدم و العروق
الطب الرياضي
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca. le 11.10.82

MIRCHY HASSAN

R - J. - Le l. cher, le Jt

Dr. CHEROUAQI Mohammed
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Clinique Ain Sebaâ Casablanca
Tél: 091041533

CLINIQUE AIN-SEBAA

84. Allée Casuarinas - Aïn Sebaâ - CASABLANCA Tél.: 05 22 34 08 30 /31 - Fax : 05 22 34 08 32
GSM : 06 61 31 86 47 - E-mail : drcherouaqi@hotmail.com

DOCTEUR Mohammed CHEROUAQI

Spécialiste en chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
Chirurgie Réparatrice et du Rhumatisme
Chirurgie de la Main et du Pied
Chirurgie des Nerfs Périphériques
Traumatologie du Sport
Expert Assermenté prés des Tribunaux



الدكتور محمد شرواقي

اختصاصي في جراحة تقويم العظام
المفاصل والكسور
جراحة العيوب الجسمية و عواقب الروماتيزم
جراحة اليد القدم والعروق
الطب الرياضي
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 11.10.22

Note honoraire

Nom et prénom : HIRCHY HASSAN

Radios : Radi. de l'achille dt 220

Total : 20.000 Dhs

Arrêtée à la somme de : deux cent Dhs

Dr. CHEROUAQI Mohammed
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Clinique Ain Sebaa Casablanca
INPE: 091041533

CLINIQUE AIN-SEBAA

84, Allée Casuarinas - Ain Sebaa - CASABLANCA Tél. : 05 22 34 08 30/31 - Fax : 05 22 34 08 32
GSM : 06 61 31 86 47 - E-mail : drcherouaqi@hotmail.com

CLINIQUE AIN-SEBAA

84, Allée des Casuarinas - Aïn Sebââ

Tél. : 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31

Fax : 05 22 34 08 32

AÏN SEBAA - CASABLANCA



مَصَّة عَيْن السَّبْع

84، شارع كزوريناس - عين السبع

الهاتف : 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31

الفاكس : 05 22 34 08 32

عين السبع - الدار البيضاء

COMPTE RENDU RADIALOGIQUE

Casablanca, le 11.10.22

Nom et prénom HIRCHY HASSAN

Radio d'e la cheville ft

Compte rendu Radiologique Fracture de os
de la jambe ft en voie de consolidation
avec matériel métallique

Dr. CHEROUAI Mohammed
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Clinique Ain Sebââ Casablanca
INPE 091041353

CLINIQUE AIN-SEBAA

84, Allée Casuarinas - Aïn Sebââ - CASABLANCA - Tél. : 05 22 34 08 30/31 - Fax : 05 22 34 08 32

GSM : 06 61 31 86 47 - E-mail: cliniqueainsebââ1993@gmail.com

DOCTEUR Mohammed CHEROUAQI

Spécialiste en chirurgie Orthopédique
et traumatologique
Chirurgie Réparatrice et du Rhumatisme
Chirurgie de la Main et du Pied
Chirurgie des Nerfs Périphériques
Traumatologie du sport
Expert Assermenté près des Tribunaux



الدكتور محمد شرواقي

اختصاصي في جراحة تقويم العظام
المفاصل و الكسور
جراحة العيوب الجسمية و عواقب الروماتيزم
جراحة اليد القدم و العروق
الطب الرياضي
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 11.10.92

Hirchy HASSAN

14.00
Dahpra

14 x 21

14.00



Dr. CHEROUAQI Mohammed
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Clinique Ain Sebââ Casablanca
NPE : 091041533

PPV: 14DH00

PER: 09/25

LOT: L3045

CLINIQUE AIN-SEBAA



CASABLANCA Tél.: 05 22 34 08 30 /31 - Fax : 05 22 34 08 32
01 31 86 47 - E-mail : drcherouaqi@hotmail.com