

# 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.

## 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.

## Éducation :

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

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° M21- 0019420

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1401 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AARAB LAHOUCINE  
Date de naissance : 01.01.43  
Adresse : 117 Bd Moulay Youssef  
Tél. : 06 19 38 34 13 Total des frais engagés : 197.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CHEROUAQI Mohamed  
Chirurgien Orthopédiste  
et Traumatologue  
Ain Sebaa Casablanca  
Date de consultation : 07/03/2019  
Nom et prénom du malade : AARAB LAHOUCINE Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Fracture ouverte fémur gauche sans lésion vasculaire  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : de la chute de l'échelle  
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
07/03/12	S2		grotti	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02.03.22	B	197,00

# 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 de

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 و الكسور  
جراحة العيوب الجسمانية و عواقب الروماتيزم  
جراحة اليد القدم و العروق  
الطب الرياضي  
خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le 10.7.2022

Amab - Housse

TP + TCK

Groupage

Glycémie

LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES  
DR. NAWAL BAIZA  
332, Bd. Mohamed Zohri, Sidi Moumen  
Casablanca  
Tél: 05 22 72 69 44 - Fax: 05 22 72 69 12  
E-mail: labmed@casamail.com

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

Dossier ouvert le : 07/03/22

Prélèvement effectué à 13:42

Edition du : 07/03/22

Monsieur AARAB LHOUCINE

Né le : 01/01/1943

Réf. : 22C306

## Compte Rendu d'Analyses

## HEMATOLOGIE

## GROUPE RHESUS SANGUIN

GROUPE : A  
 RHESUS : POSITIF (Voir carte).

1 ière détermination

## HEMOSTASE

## Temps de Quick

(Réactif Stago/START)

Temps du témoin

12,7 sec

Temps du patient

15,3 sec

Taux de prothrombine (TP)

72,0 %

Normales

Antériorités

70 - 100

## Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

(Réactif Stago/START)

Temps du témoin

31 sec

Temps du patient

26 sec

Valeurs normales: 26 - 40 sec

Variation pathologique : Temps du patient &gt; de 8 sec au temps du témoin.

## BIOCHIMIE

## HITACHI 911

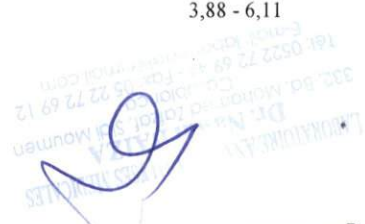
Glycémie à jeun

: 1,21 \* g/l  
 Soit : 6,7 mmol/l

0,7 - 1,1

3,88 - 6,11

Prélèvement reçu le 07/03/2022 à 13:42



# LABORATOIRE ANASSI D'ANALYSE MEDICALE

Dr BAIZA Nawal

Medecin biologiste

Diplômée de la faculté de medecine de casablanca

332, boulevard Mohamed Zafzaf. Sidi moumen Tél: 0522 72 69 44 - Fax: 0522 72 69 12

E-mail: laboanassi@gmail.com IF: 15170007 Patente: 33089522 RC: 413542 ICE: 000521380000059 INPE: 093061679

Casablanca le 7 mars 2022

Monsieur AARAB LHOUCINE

FACTURE N° 1678

## Analyses :

Groupe sanguin -----	B	60
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40
Temps de céphaline active -----	B	40
Glycémie (à jeûn) -----	B	30

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

197,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Quatre vingt Dix Sept Dirhams

LABORATOIRE ANASSI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Nawal BAIZA  
332, Bd. Mohamed Zafzaf, Sidi Moumen  
Tél: 0522 72 69 44 - Fax: 0522 72 69 12  
E-mail: laboanassi@gmail.com