

# 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 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : № P19- 0007181

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1251 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Vre  
Nom & Prénom : KHALAFA SAADIA Date de naissance : 173193  
Adresse :  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. CHERIFI Mohammed**  
Chirurgien Orthopédiste  
et Traumatologue  
Clinique Ain Sebaâ Casablanca  
INPE : 091041533

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2022  
Nom et prénom du malade : KHALAFA SAADIA Age: .....  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Laps étranglé qui s'est détaché  
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 : 29/08/2022 Le : 29 AOUT 2022

Signature de l'adhérent(e) : 



#### RELEVE 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
01/08/13	visite de jeûne		2.000,00	Dr. CHEROUQUI Mohammed Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue Clinique Ain Sebaâ Casablanca INPE: 091041533

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

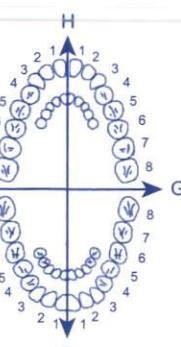
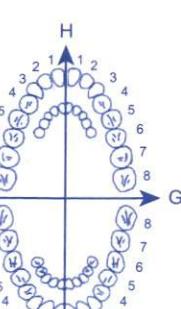
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### RELEVE 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 canalaires, 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												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# CLINIQUE AIN SEBAA

84, Allée des Casuarinas - Aïn Sebaâ  
Casablanca  
Tél.: 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31  
Fax : 05 22 34 08 32



# مصحة عين السبع

شارع كزوريناس - عين السبع - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 34 08 31  
الفاكس : 05 22 34 08 32

Casablanca, le : ٠٣/٠٨/٢٣

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

**KHALLAF SAADIA** opérée le 03/08/2023

SOUS AG

Patient -e en DD ; garrot à la racine du membre inférieur dte

Extraction d'un corps étranger de la face externe de la cuisse droite

F. cutanée

Dr. CHEROUAÏ MOHAMMED  
Chirurgien Orthopédiste  
et Traumatologue  
Clinique Aïn Sebaâ Casablanca  
INPE: 091041533

# CLINIQUE AIN SEBAA

84, Allée des Casuarinas - Aïn Sebaâ  
Casablanca  
Tél.: 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31  
Fax : 05 22 34 08 32



# مصحة عين السبع

شارع كزوريناس- عين السبع - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31  
الفاكس : 05 22 34 08 32

Casablanca, le : ٠٣١٠٨/٢٣

## NOTE D'HONORAIRES

LES HONORAIRES DU DR. CHEROUAQI MOHAMMED

SUR LE -A PATIENT -E **KHALLAF SAADIA**

SONT DE K20 600.00 DHS SIX CENTS DHS

Dr. CHEROUAQI Mohammed  
Chirurgien Orthopédiste  
et Traumatologue  
Clinique Aïn Sebaâ Casablanca  
INPE: 091041533



03/08/2023

FACTURE N°

680/23

PATIENT KHALLAF SAADIA  
 REF PY  
 DG CORPS ETRANGER FACE EXTERNE CUISSE DTE

## SEJOUR A LA CLINIQUE

JOURS D HOSPITALISATION		
DU	AU	
DU	SOINS INTENSIFS	AU
	REANIMATION	
	SOINS	
	SUTURES	
	SALLE OPERATOIRE	1 000,00
	INJECTION	
	PHARMACIE	400,00
	HONORAIRES MEDECINS	
DR.CHEROUAQI	K20	600,00
	REANIMATEUR	
	RADIOLOGIE	Z20
		SCANER
	MATERIEL	
	SANG ET PLAQUETTE	
	ACCOMPAGNEMENT	
	TOTAL GENERAL	2 000,00
Arretée à la somme de :	DEUX MILLES DHS	

SIGNATURE :

