

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0040574

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02881 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUKHARI - Hassane
 Date de naissance : 11/11/1954
 Adresse :
 Tél. : 06 66 41 46 87 Total des frais engagés : 1473,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2023
 Nom et prénom du malade : BOUKHARI Hassane Age : 1968
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection digestive
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca 08/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 08/04/2023

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

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
08/04/23	CS	30004		
08/04/23	Ex. Prato	20004		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/04/23	536,80
	08/04/23	382,00
	25/04/23	490

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

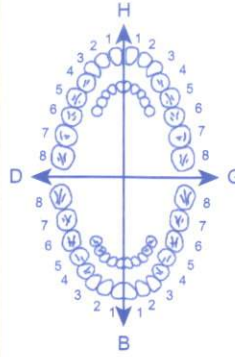
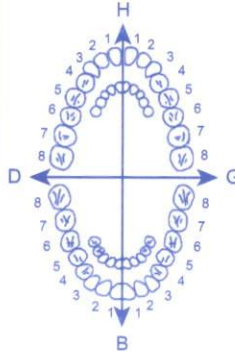
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Cohen Imane
Hépatogastro-entérologue
658 boulevard mohammed V résidence zin al mahaba III 1^{er} étage apt 103
INPE : 091243543
ICE : 002370942000007
Tel : 0522249307/0665211720

08/04/2023

Nom et prénom : BAY Samia
DDN : 04/02/1958

Actes	Honoraires
Examen PR de Es g. que	2000A

Cette note d'honoraire tient lieu de facture.

Dr COHEN IMANE


Dr. Imane COHEN
Hépatogastro-entérologue
Tel.: 05 22 24 93 07
GSM: 06 65 21 17 20

DOCTEUR

Imane Cohen

Hépatogastro-entérologue



الدكتورة

إيمان الكوهن

أخصائية في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Casablanca, le : 08 AVR 2023

02 881

Compte rendu de l'examen
proctologique

Nom et prénom : Soumia Bay

Don 01/01/1968

RC proctologie

CR

Inspection : Anus hémorrhémoïdaire
pas de fissure pas de fistule

TR : Bon tonus sphinctérien
ampoule rectale vide

H5 Stade II

amuseuse

Rectosuspeur Aug rectale L'aspect
normal

Dr. Imane COHEN
Hépatogastro-entérologue
Tél : 05 22 24 93 07
06 65 21 17 20

658 Boulevard Mohammed V angle place sidi Mohamed Résidence
Zin Al Mahaba (III) 1er étage appartement 103.
(En face de la gare Casa-Voyageurs) casablanca

05 22 24 93 07 06 65 21 17 20 cabinet.cohen.ge@gmail.com

Importateur Exclusif
BIOCDEX MAROC
B.P. 12 - Nouace
www.biocdex.ma
P.P.V.: 245,00 DH
N°: 34757/2019/DMP

Cohen

Hépto gastro-entérologue



الدكتورة
إيمان الكوهن

أخصائية في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Casablanca, le : 08 AVR 2023

Mme Soumia Bay

1) Applix

2x5,00 1 gel x 11 S.V après repas

1 mois

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

40,40

LOT : 9987
PER : 06-25
P.P.V : 122 DH 80

122,80

2) Metospasmyl S.V

1 gel x 21 après repas 1/2

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafac
Tél : 06 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

3) Enzalco S.V

1 gel x 11 aut repas (Flow)

46,10

1 mois

4) Dupesim S.V

1 gel x 11 aut repas 1/2

LOT 222732 1
EXP 08 2027
PPV 46.00

Dr. Mohammed V angle place sidi Mohamed Résidence
in Al Mahaba (III) 1er étage appartement 103.
en face de la gare Casa-Voyageurs) casablanca

05 22 24 93 07 06 65211720 cabinet.cohen.ge@gmail.com

Dr. Imane COHEN
gastro-entérologue
05 22 24 93 07
06 65211720

S.V

PER: 84DH80
PER: 09/25
LOT: L3098-1

Dr. Imane COHEN
Hépatogastro-entérologue
Tél : 05 22 24 93 07
CSM: 06 21 17 25

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BENNOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

DOCTEUR
Imane Cohen
Hépatogastro-entérologue



الدكتورة
إيمان الكوهن
أخصائية في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Casablanca, le : 27 AVR 2023

me
SAY Soumaya

BOTTU SA
PPV: 49 DH 00

Wenoc (S)

4900
pappx21 j 1 mois

PHARMACIE AL MASSIRA
61, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BEJOUSSA Oualae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

Dr. Imane COHEN
Hépatogastro-entérologue
Tél : 05 22 24 80 54
GSM : 06 65 21 17 20

658 Boulevard Mohammed V angle place sidi Mohamed Résidence
Zin Al Mahaba (III) 1er étage appartement 103.
(En face de la gare Casa-Voyageurs) casablanca

05 22 24 93 07 06 65211720 cabinet.cohen.ge@gmail.com

DOCTEUR

Imane Cohen

Hépatogastro-entérologue



الدكتورة
إيمان الكوهن

أخصائية في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Casablanca, le : 08. AVR 2023

Mme Soumia Bay

Hemofast[®]
Pommade

19,60

19,60

Hemofast S.V ou Aven

122,70 x 3 ppp x 3 lg pld 1 mois

2) Daftin S.V

2 cp x 2 lg pld 7 j
1 cp x 3 lg pld 3 semaines

387,70

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 90 54
Fax : 05 22 24 85 44

Dr. Imane Cohen
Hépatogastro-entérologue
Tél : 05 22 24 93 07
GSM : 06 65 21 17 20

658 Boulevard Mohammed V angle place sidi Mohamed Résidence
Zin Al Mahaba (III) 1er étage appartement 103.
(En face de la gare Casa-Voyageurs) casablanca

05 22 24 93 07 06 65211720 cabinet.cohen.ge@gmail.com