

# 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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.

N° W19-573770

50582

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **6240**      Société : **RAM**

**Actif**       **Pensionné(e)**       **Autre**

Nom & Prénom : **SRHIER OUADI**

Date de naissance : **14-06-1960**

Adresse :

Tél. : **0633058153**      Total des frais engagés : **319,40** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur I. COHEN**  
SPECIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24, Rue ALAOUSSI - Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **SRHIER**

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

Nature de la maladie : **ORL**

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**

Signature de l'adhérent(e) :

**SRHIER** '20

**MUPRAS**  
08 DEC. 2020

**SRHIER** **DAVAD ACCUEIL**

**Docteur I. COHEN**  
SPECIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24, Rue ALAOUSSI - Casablanca

Le : **27/10/2020**

## 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
17/10/2015	Ch		30000	INP : 091063232 Docteur I. COHEN SPECIALISTE NEZ GORGE OREILLE 24, Rue ALAIOLISSA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DESTOURIAGUE Dr. BOUJAFNA Hadda Rue Ibnou Jâbir - Bourgogne 92209944 - Casablanca	27/10/2026	1940

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
12/03/2018			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Isaac COHEN

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg

Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Strasbourg

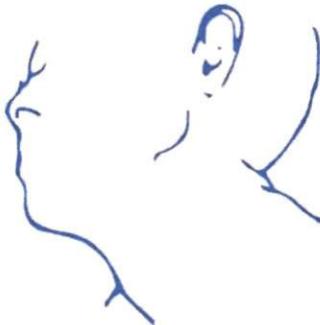
Spécialiste ORL

Maladie et CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLE

FACE et COU

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



# الدكتور اسحاق كوهن

خريج كلية الطب بستراسبورغ

عمل سابقاً بمستشفيات ستراسبورغ

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الأنف . العنق . الأذنين

علاج الدوحة الصمم و الشخير.

27 octobre 2020

Mr. SRHIER OUADI

19.40

ANTIBIO-SYNALAR GOUTTES



4 gouttes 2 fois par jour pendant 8 jours

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJIDA Nadia  
34, Rue Ibnou Jahir - Bourgogne  
Tél.: 0522 20 99 44 - Casablanca

ANTIBIO SYNALAR

19.40



Deli posse 1  
1 en 1 duplo

Docteur I. COHEN  
SPECIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
24, Rue ALAOUSSI - Casablanca