

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.

Diagnostic 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

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° P19-0031749

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22066**

Matricule : **1735** Société : **R.A.M.**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ANKRANI Bouchaib**

Date de naissance : **02/06/1951**

Adresse : **137, Lot Haj Fateh N°5, en l'fa**

Tél. : **06 66 19 86 24** Total des frais engagés : **330** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ali EL KOHEN
OPTICIEN - ORTHOPÉDISTE - MATOLOGUE
Membre de la Société Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
378 Bd. Zerkouni les Plages CASABLANCA
Tél : 22.14.43 / 22.11.64
Urgences : 09.17.20.93

Date de consultation : **06 FEV. 2020**

Nom et prénom du malade : **Tomia ABDALLAH** Age : **1965**

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

Nature de la maladie : **Douleur à la base de la colonne vertébrale**

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 : **20 FEV. 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Docteur Ali EL KOHEN

CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE TRAUMATOLOGUE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

CHIRURGIE DE LA HANCHE, DU GENOU,
DE LA MAIN ET DU PIED
TRAUMATOLOGIE DU SPORT-ARTHROSCOPIE
MESOTHERAPIE

Membre du Collège de la Main de Boston (U.S.A)
Membre de la Société Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Expert Assermenté près les Tribunaux

Tél. : 05 22 22.11.64 - 05 22 22.14.43

URGENCES : 06 61 17.20.93

E-mail : aelkohen@menara.ma

الدكتور علي الكوهن

خريج كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)

جراح سابق بمستشفيات مرسيليا

إختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة الورك والركبة - اليد والرجل

علاج الجروح الرياضية - التنظير الباطني للمفاصل

عضو مثبت بالجمعية الفرنسية والعالمية

لجراحة العظام والمفاصل

خبير محلف لدى المحاكم

الهاتف : 05 22 22.14.43 / 05 22 22.11.64

المستعجلات : 06 61 17.20.93



Casablanca, le 04 FEB. 2020

Dr. Ali EL KOHEN

SEJALGIE
Agence

LOT: 181861
PER: 11/2020
PPV: 30,00DH

STE PHARMACIE HANZA
CASABLANCA
Lot. Haf fahh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

DOCTEUR ALI EL KOHEN
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE
TRAUMATOLOGUE
EXPERT ASSERMENTE PRÈS LES TRIBUNAUX