

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

adiologie 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.

ptique :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

60184

Déclaration de Maladie : N° P19-0009964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 126.88 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAFREM Mes Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669.7695.21 Total des frais engagés : 458,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR ALI ET KOHEN
Membre de la Société Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
178 Bd. Zerktouni 1er Etage CASABLANCA
Tel. : 22.14.43 / 22.11.64

Date de consultation : 28 JAN 2021

Nom et prénom du malade : ne ZAHID Sophie Age : 1985

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lent l'œil du père

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : gelé

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 : CMN Le : 04/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : BN

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0009964

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
28 JAN 2021	9		300,-	<i>DOC FERRALLEY KOHEN SANTORIGLIEN TRAUMAT! ZERKISUNI CASA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Verte Pa	28/01/21	158115

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
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VIOLET ADHESIVE

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) 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

Docteur Ali EL KOHEN
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Ancien Intrne Des Hopitaux de marseille

Chirurgie De La Hanche ,du Genou ,
De La Main Et Du Pied
Traumatologie Du Sport .arthroscopie
Mesotherapy

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
Urgence : 06 61 17 20 93
E-mail : Aelkohen@menara.ma



الدكتور علي الكohen

خريج كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
جراحة الورك و الركبة اليد و الرجل

علاج الجروح الرياضية التنظير الباطني للمفاصل

عضو مثبت بالجمعية الفرنسية و العالمية
لجراحة العظام و المفاصل
خبير محلف لدى المحاكم

الهاتف: 05 22 22 14 43 | 05 22 22 11 64
المستعجلات : 06 61 17 20 93



Casablanca, le : 28 JAN. 2021

Ali Sofià ZAHID

43.50

11

Lioton 1000



100ml

2g poudre/ po

106.65

91 OSTEOPAIN

148,15

378 دشاع الرقطوني الطلاق الأول - الدار البيضاء - فوق المطعم الصيني عش السنونو

378 , Bd, Zerhtouni - 1er Etage Casablanca-au Dessus Du Restaurant Chinbois Nid D'hirondelle

DR. ALI EL KOHEN
ORTHOPÉDIE TRAUMATIQUE