

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

Conditions générales

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument 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.

Reéducation :

- 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 Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | peci@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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



Déclaration de Maladie

N° W19-599528

71973

Optique

Autres

R.A.R.

Retraité

Ahmed

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

0355

Actif

Pensionné(e)

Société

Autre

Nom & Prénom

Date de naissance

Adresse

Tel.

12 APRIL 1963

Villa 21 Rue 3 Sidi D'elha
Casablanca - Casablanca

0522360887 1200

Total des frais engagés

Docteur AHMED KOHEN

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE IRM MATROLOGUE

Membre de la Société Française et Internationale

de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

578 Bd. Zaytouni 1er Etage CASABLANCA

Tel. : 22.14.43 / 22.11.64

Urgence : 22.17.20.93

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Nature de la maladie

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 :

Signature de l'adhérent(e):

Le : 26/04/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-599528

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

ACCUEIL 25 MAI 2021 H. HA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Créficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes. |
|-----------------|------------------|----------------------|---------------------------------|---|
| 26 AVR 2021 | | | 300 | 091057125 |

plâtre envoi Kao 900
Nanycle

DR ALI EL KHOHEN TRAUMATO

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

37 BOULEVARD ZERRADOUH CASABLANCA

37 BOULEVARD ZERRADOUH CASABLANCA

276.70

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

PHARMACIE LA JAHJA
N° 100, Avenue Hassan II
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 61

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Créficients | Montant des Honoraires |
|---|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| DR ALI EL KHOHEN TRAUMATO CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE 37 BOULEVARD ZERRADOUH CASABLANCA | 26 AVR 2021 26/4/21 | D. Plain G-F+314 | 250 |

RADILOGIE DR BENNANI

Angélique Brahim et émission
Nasseh Eddine Rue Anta 1 Casablanca
Tél: 05 22 25 75 05

| Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| SOINS DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
|---------------------------|------------------|---|-------------------------|
| Dents Traitées | Nature des Soins | Créficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DATE DU DEVIS |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | |
| | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

Docteur Ali EL KOHEN

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Ancien Interne 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 :

26/04/2021

Neyan Karzoker

Plaie de la main gale

FDP.

DOCTEUR ALI KOHEN
CHIRURGIENTRAUMAT
378 RIB/FRTOUNI CASA

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCADI - Dr BENNANI
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassif Eddine Rés Anta 1 Casablanca
Tel 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

378, شارع الزرقطوني - الطابق الأول - الدار البيضاء - فوق المطعم الصيني عش السنونو
378 , Bd, Zerhtouni - 1er Etage Casablanca-au Dessus Du Restaurant Chinois Nid D'hirondelle

Dr.Ali EL KOHEN
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille

Chirurgie de la Hanche, du Genou, de la Main et du Pied
Traumatologie du Sport, Arthroscopie

Membre du collège de la Main de Boston (U.S.A)
Membre des Sociétés Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

378, Bd Zerkouni 1^{er} étage Casablanca
Tél: 22.11.64/ 22.14.43 Urgences: 01.17.20.93

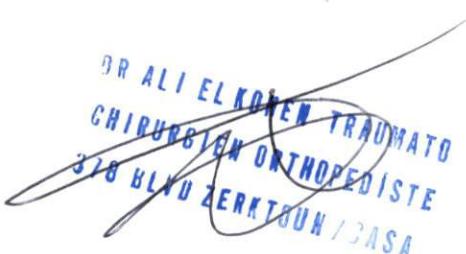
Casablanca, le 26.04.2021

FACTURE

Nom du malade : Mme LETACON Myriem épouse KARKOURI

| | |
|--|----------|
| Consultation | 300 Dhs |
| Nécessaire pour le plâtre de la main gauche K20: | 500 Dhs |
| -1 bande de scotchcast : | 200 Dhs |
| -Jersey : | 100 Dhs |
| -Bande de protection : | 100 Dhs |
| TOTAL | ----- |
| | 1200 Dhs |

Arrêté la présente facture à la somme de : 1200 Dhs (mille deux cent dirhams)



DR ALI EL KOHEN TRAUMATO
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
378 BLVD ZERKOUNI CASA

~~✓~~

CIV BESG0112
Satisfied by a subscriber

do you have time now?
We add some recommendations
the site please do you have
days off to communicate. etc.

Very much appreciate your help
1702/04/26/2011

Could it be a matter of you could
be more like this? etc.

Answered. As such we find out do
you have spouse or Honorary member
of the Adamson Foundation. Then

if Cardiff, paci la pleasurable



Cardiff, 28/05/2011
Cablecar

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°00929/21

LE 26.4.21

Nom & prénom : KARKOURI MERYEM

| Examens | Prix |
|--------------------------|---------------|
| Rx ; main gauche F + 3/4 | 250.00 |
| TOTAL : | 250.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de
Deux cent cinquante dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd. Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél. 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذه العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 26/04/21

NOM : KARKOURI
PRENOM : Meryem

Main gauche F + 3/4

- Fracture spiroïde peu déplacée de la 1^{ère} phalange du 5^{ème} doigt .

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

RADIOLUGIE Socrate
Dr. BELCADI - DR BENNANI
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine RES Anfa 1 - Casablanca
Tél: 0522 25 77 57 - 0522 25 75 05

RADIOGRAPHIC SOG RATE

RI MERYEM

Exam:26.04.2021

