

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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.



Déclaration de Maladie

N° M21-0030525

85473

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AN RANI Bouchaib
Date de naissance : 02/06/1951
Adresse : 137 Lot Haj Fakh N°5 Oulfa
Tél. : 0666 19 86 24 Total des frais engagés : 1.682,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur AN ET KOHEN
CHIRGIEN ORTHOPEDISTE K MATOLOGUE
Membre de la Société Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
8 Bd. Zerktouni 1er Etage CASABLANCA
Tel : 22.14.43 / 22.11.64
Urgence : 09.17.00.93
Date de consultation : 24 JUN 2021
Nom et prénom du malade : Abdellah Age: 1965
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : 4e degré à ressort d'arthrose hanche
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 : Casa

Le : 22/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
	9		300	
	150			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/06/21	882,30

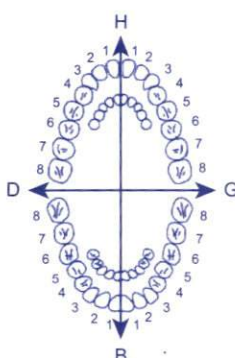
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Urgence : 06 61 17 20 93

E-mail : Aelkohen@menara.ma



الدكتور علي الكوهن

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 :

Antonia ARDAUBAN

1/ D3 NOON

89,50 DH

5 gouttes / jour

30,00

2/ TRACET

1954.60 x 3

3/ NOON

89,50

Lot: 200886
A consommer
avant le: 01/2024
PPC: 89.50 DH

Lot: 200527
A consommer
avant le: 09/2023
PPC: 89.50 DH

Lot: 200886
A consommer
avant le: 01/2024
PPC: 89.50 DH

LOT 213036
EXP 03/25
PPV 194DH60

LOT 209112
EXP 10/24
PPV 194DH60

LOT 213036
EXP 03/25
PPV 194DH60

378 شارع الزرقطوي - 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 Zerktouni 1^{er} étage Casablanca

Tél: 22.11.64/ 22.14.43 Urgences: 01.17.20.93

Casablanca, le 24.06.2021

FACTURE

Nom du malade : Mme Touria ABDALLAOUI

Consultation	300 Dhs
- Infiltration K10 du 4 ^{ème} doigt de la main gauche:	500 Dhs

TOTAL	800 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de 800 Dhs (huit cent dirhams).

DOCTEUR ALI EL KOHEN
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE
378 BD ZERKTOUNI CASA