

## 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 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-642871

13/11/23

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 102411	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ELAROUSSEI ASMAA		
Date de naissance : 19.6.1972		
Adresse : 9 R 4 INARA		
Tél. : 06766 70742 Total des frais engagés : 350 + 60 Dhs		

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019	Docteur AHMED KOHED	
	CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGUE Membre de la Société Française et Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique Bd. Zekkouani 1er Etage C. ISABLANCA Télé : 21 11 43 / 22 11 64 Urgences : 09 17 80 93	
Cachet du médecin : 20 Septembre 2019		
Date de consultation : 20 Septembre 2019	Nom et prénom du malade : El Arroussi Asmaa	Age : 40
Lien de parenté : Copain	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Copain
Nature de la maladie : Arthrose et dégénérescence de gen et pied	<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : 13/11/2023

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
10/11/2014	9		3000	INP : 091057125

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LUDWIG LAHRICH SARL RC AL/Code Inara Al/Carca INPE: 09204021 Carca - INPE: 22 59 40 29	27/9/22	14 43 / 22.11.60 09.17.50.83 59.30

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			INP : <input type="text"/>												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	00000000	00000000												
	G	35533411	11433553												
	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"/>														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
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

URGENCES : 06 61 17.20.93

E-mail : aelkohen@manara.ma



# المستثمر علي الکوهن

خريج كلية الطب بمارسيليا (فرنسا)  
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا

إختصاصي 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 ملحق لدى المحاكم

الهاتف : 05 22 22.14.43/05.22.22.11.64

المستعجلات : 06 61 17.20.93

Casablanca, le : .....  
*26 SEP. 2022*

A. EL KOHEN

Asmaa



1/ BORDIN 20g  
59.30 درهم / pris au nidi au nidi  
du nidi pris au nidi au nidi  
prise au nidi au nidi

DOCTEUR ALI KOHEN  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE  
178 Bd Zerkouni Casablanca

→ 59,30

95030  
16/24  
1009

