

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

- Reclamation : 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-642871

131423

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10244

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAROUSSE

ASMAA

Date de naissance : 12-6-1972

Adresse : 9 R. EL INARA

Tél. : 06766 70747

Total des frais engagés : 350 + 60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur ALI EL KOHIA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE ET TRAUMATOLOGUE  
Membre de la Société Française et Internationale  
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Bd. Zerkouni 1er Etage CASABLANCA  
Tél. : 21 14 43 / 22 11 64  
Urgences : 09 17 20 93

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-6-2019

Nom et prénom du malade : EL AROUSSE

Age : 19 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	<div> <div>Date</div> <div>Montant de la Facture</div> </div>
	<div> <div>22.14.43</div> <div>22.11.64</div> </div>
	<div> <div>27/9/22</div> <div>59.30</div> </div>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

A diagram of a dental arch with teeth numbered 1 through 8. The top arch is labeled 'H' at the center and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the center and 'G' on the right. The numbering is symmetrical on both sides.

O.D.F.

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	G	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

A diagram of a dental arch with teeth numbered 1 through 8. The top arch is labeled 'H' at the center and 'D' on the left. The bottom arch is labeled 'B' at the center and 'G' on the right. The numbering is symmetrical on both sides.

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



## الدكتور علي الكوهن

خريج كلية الطب بمرسيليا (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 محلف لدى المحاكم

الهاتف : 05 22 22.14.43/05.22.22.11.64

المستعجلات : 06 61 17.20.93

Casablanca, le : .....

26 SEP. 2022

PHARMACIE LUMIERES  
LAHRICHI SARL AU  
550, Bd. Al Ouds, Inara, Ain Chok  
Casablanca - INPE : 092040427  
Tél. : 05 22 22 11 64

El Anoussou  
Asmaa



1/ Boudin 20g  
59.30  
du rpe q d 6 g

59,30

DOCTEUR ALI EL KOHEN  
CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE  
178

378, شارع الزرقطوني - الطابق الأول - الدار البيضاء - فوق المطعم الصيني عش السنونو

378, Bd. Zerkouni - 1<sup>er</sup> Etage Casablanca - au dessus du Restaurant Chinois Nid d'Hirondelles