

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-820636

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	08835	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Ron
Nom & Prénom :		Benni's Rose	
Date de naissance :		24/07/1961	
Adresse :		Résidence	187763
Tél. :		0661.786636	Total des frais engagés : 750 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Docteur AH ET KOHEN MÉDECIN ORTHOPÉDISTE IR MATOLYUI Membre de la Société Française et Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 173 Bd. Zerktouni 6 <sup>e</sup> Etage C. TABALANCA Tel. : 22.14.43 / 22.11.64 Fax : 02 17 20 93			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05 Oct 2023			
Nom et prénom du malade : Dr Sofia BONNIS Age: 1968			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : Douleur et dénutrition			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 62 pages			
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 : 22 DEC 2023			
Signature de l'adhérent(e) : dent			

**VOLET ADHÉRENT**  
Déclaration de

### 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
05 OCT 2003	G		40	INP : DOCTEUR ALIE KOHEN CHIRURGIEN TRAUMAT 378 BLUERKOUN CASA 091057125

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DOCTEUR ALIE KOHEN CHIRURGIEN TRAUMAT 378 BLUERKOUN CASA 091057125	05 OCT 2003	Analyses des 2 pregs de face	350

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

Important :  
Veuillez joindre les radiographies

SOINS DENTAIRES	Dentaires Traitées	Soins Non Traités	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
			MONTANTS DES SOINS												
			DEBUT D'EXECUTION												
			FIN D'EXECUTION												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<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>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	11433553													
B	35533411														
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

**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<sup>er</sup> étage Casablanca  
Tél: 022.22.11.64/ 22.14.43 Urgences: 061.17.20.9

Casablanca le 05.10.2023

Patient : Mme BENNIS Sofia

RADIOGRAPHIE DES DEUX PIEDS DE FACE

Résultats :

- Déviation importante des deux gros orteils en dehors.

~~DOCTEUR ALI EL KOHEN~~  
~~CHIRURGIEN TRAUMAT~~  
MM ERKIRUNI CASA

**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<sup>er</sup> étage Casablanca  
Tél: 22.11.64/ 22.14.43 Urgences: 01.17.20.93

Casablanca, le 05.10.2023

## FACTURE

Nom du malade : Mme BENNIS Sofia

Consultation 400 Dhs

Radiographie des deux pieds de face 350 Dhs

TOTAL 750 Dhs (sept cent cinquante dirhams)

Arrêté la présente facture à la somme de 750 Dhs (sept cent cinquante dirhams)

*DOCTEUR ALI KOHEN  
CHIRURGIEN TRAUMAT  
378 BLVD ZERKOUNI CASA*