

## 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

- 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.

N° W21-794729

**EX2655**

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13303**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HESSISSEN OMAR**

Date de naissance : **27.10.1984**

Adresse : **8 Rue Alia Aouda, Casablanca**

Tél. : **06 68 45 16 62**

Total des frais engagés :

**600,00**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Danial FASSI FIHRI**  
Orthopédiste - Ostéopathie  
Posturologie - K-Taping  
MESOTHERAPIE

SYNDROME D'EHLERS-DANLOS

Date de consultation : **11/08/2023**

Nom et prénom du malade : **HESSISSEN OMAR**

**24 AOUT 2023**

**Age:**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Polysse de l'imbosciatique  
Sur Rachis dégénératif**

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 : **Casablanca**

Le : **11.08.2023**

Signature de l'adhérent(e) :

**Alain**

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/02/2013      | K 20              | 600 - 145             | 555                             | INP : 09/02/2013<br>Docteur Daniel DANLO<br>Orthopédiste<br>Posturologue - X-RAY<br>MÉTOTHERAPIE<br>SYNTHÈSE D'EHRLERS-DANLOS<br>Tel: 05 12 99 20 00 - 06 61 15 70 62 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### 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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

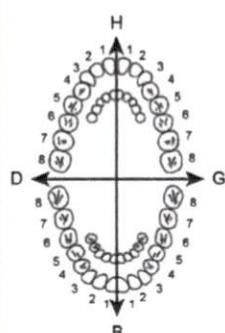
### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

VOLET ADHERENT

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

| Traitées | Soins |   |
|----------|-------|---|
|          |       | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |
|          |       | MONTANTS DES SOINS                                |
|          |       | DEBUT D'EXECUTION                                 |
|          |       | FIN D'EXECUTION                                   |
|          |       | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |
|          |       | MONTANTS DES SOINS                                |
|          |       | DATE DU DEVIS                                     |
|          |       | DATE DE L'EXECUTION                               |
|          |       | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |
|          |       | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

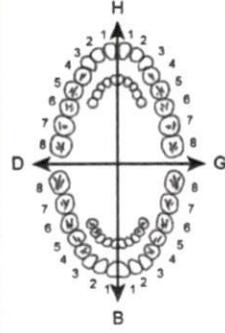


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**DOCTEUR DANIAL FASSI FIHRI**  
Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Mésothérapie, K-Taping  
Posturo thérapie et Reprogrammation Posturale Podale  
Spécialiste Syndrome EHLERS-DANLOS  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Strasbourg et de Paris (France)  
Membre du GERSED (groupe d'étude et de recherche sur le SED).

Casablanca, le 11 Août 2023

**FACTURE DE SOINS MEDICAUX**

REF : /08/2023

Nom : HESSISSEN

Prénom : OMAR

Date de naissance : 27/01/1984

Mutuelle : Mupras

Diagnostic : \*1-Poussée de lombosciatique côté droit sur rachis dégénératif. \*2-Déficit moteur au membre inférieur droit.\*3- Rétractions musculaires multiples sur trouble de la proprioception.

**Dates des soins combinés MEDICAUX, pratiqués:** 11/08/2023 :

K20: \* 1 séance de Mésothérapie antalgique au niveau des sites douloureux.

\* 1 séance de Posturothérapie neurosensorielle globale.

\* Levées de tensions musculaires multiples.

: 600.00 DHS. : 500,00 DHS

Consommable : : 100,00 DHS

TOTAL : 600.00 DHS

(Six Cents Dirhams)

**Dr D. FASSI FIHRI**

Docteur Danial FASSI FIHRI  
Orthopédiste - Ostéopathie  
Posturologie - K-Taping  
MESOTHERAPIE  
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS

202, Bd Abdel Moumen - Galerie Abdel Moumen Casablanca  
Tél. :05 22 99 20 00 / FAX : 05 22 99 24 24 / GSM 06 61 15 70 62  
I.C.E. = 001769312000009 – I.F. = 422045187 I.N.P=091064055 C.N.S.S=2699124