

# 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

- 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° M20- 0003599

56299

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 124 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAKHAI CP ZOHIR Fatima

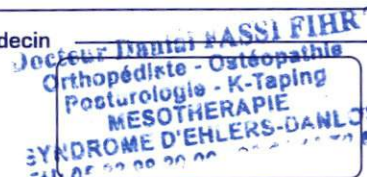
Date de naissance : 21-12-50

Adresse :

Tél. : 061424949 Total des frais engagés : 700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/2021

Nom et prénom du malade : ZOHIR FATIMA Age : 19/50

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pousse de rachialgie d'origine avec des paresthésies.

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 : 15/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
13/04/21	K.10		350 DHS	<p>Docteur Daniel FASSI Orthopédiste - Ostéopathe Podologie - K.Taping MESOTHÉRAPIE SYNDROME D'EHRLERS-DANLOS Tél: 05 22 06 26 20 - 06 81 11 74 65</p>
17/04/21	K.10		350 DHS	
			700 DHS	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

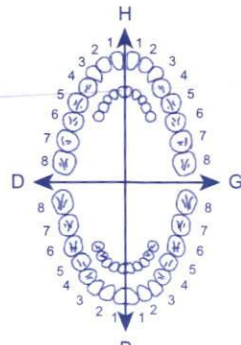
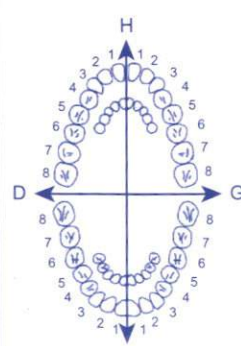
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
					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



# DOCTEUR DANIAL FASSI FIHRI

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Mésiothérapie, K-Taping

Posturothérapie 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 15 Janvier 2021

## FACTURE

N.REF :165/01/2021

Nom : ZOHEIR

Prénom : FATIMA

Date de Naissance : 21/12/1950

Mutuelle : MUPRAS

Diagnostic : \*1-Poussée de Rachialgies étagées avec des paresthésies diffuses.

\*2- Rétractions musculaires multiples sur troubles de la proprioception.\*3- Tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche et droite\*4-Syndrome d'asthénie chronique avec des blocages respiratoires récurrents.

Dates des soins et Actes pratiqués : \*13/01/2021 :

K10:\* 1 séance d'Ondes de choc lombaire.

\* Levées de tensions musculaires + Oxygénothérapie.

\* Infiltrations multiples, à la Xylocaïne, de l'épaule gauche par Diprostène.

: 350,00 DHS.

\* 15/01/2021 :

K10 : \*1 séance d'ondes de choc aux 2 hanches + épaule droite.

\*Levées de tensions musculaires + Oxygénothérapie.

\*Infiltrations multiples, à la Xylocaïne, aux 2 hanches.

: 350,00 DHS.

TOTAL : 700.00DHS

(Sept Cents Dirhams)

Docteur Danial FASSI FIHRI  
Orthopédiste - Ostéopathe  
Posturologue - K-Taping  
MÉSIOTHÉRAPIE  
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS  
05 22 99 20 00 - 06 61 15 70 62

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. = 42204518/I.N.P=091064055/C.N.S.S=2699124