

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° W19-541197

56365

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1121	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZAKARIAI EP ZOTEIR Fatima			
Date de naissance :	21-12-1950		
Adresse :			
Tél. :	0561464069	Total des frais engagés :	756,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :	26/11/2012	Age :	1950
Nom et prénom du malade : ZAKARIAI FATIMA			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diagnostic SM Facture en cours			
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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26/11/20	K10	(cf facture)	350 DHS	INP : 10/11/2020 Médecin : Dr. A. B. C. Orthopédiste : Ostéopathie Podologue : K-Taping NÉOPHÉRAPIE Lyon / EMLU - UANLS
26/11/20	4 K10		350 DHS	
			700 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR KABEYA SOTHA 10B Argel 201 - 10 El Mansour Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca Tel : 05 22 36 89 11	26/11/2020	56.602

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr DANIAL FASSI FIHRI

Spécialiste en Chirurgie

Orthopédique et Traumatologique(Strasbourg)

Médecine Manuelle ostéopathique

Posturothérapie avec Reprogrammation Posturale Podale

Professionnel en K-TAPING + Mésothérapie

Spécialiste SYNDROME D'EHRLERS-DANLOS(Paris)

Membre du GERSED (groupe d'étude et de recherche sur le SED)

Physiothérapie par Electrothérapie – Ultrasons – Ondes de Choc

Renforcement Musculaire

CABINET

Dr Danial FASSI FIHRI

ORDONNANCE

Casablanca, le

24/12/2005

56.60

Mr Zahrir fathia

Diprostene N°1

(S.V)

pour Infiltration Epingle 5
au Citharot



56.60

PHARMACIE NOUR
KABBAG Sonia

103NF 16 Bd. Abdellatif Mansour
el Bd. Sidi Abderrahmane Casablanca
TAI : 05 22 36 86 11

Dr D. FASSI FIHRI

Docteur Danial FASSI FIHRI
Orthopédiste - Ostéopathe
Posturologue - K-taping
MÉSOTHERAPIE

SYNDROME D'EHRLERS-DANLOS

202, Bd. Abdelloumen - Galerie Abdelloumen Casablanca

Tél. : 0522 99 20 00 - FAX : 0522 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

DOCTEUR DANIAL FASSI FIHRI
Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mésothérapie, 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 26 Décembre 2020

FACTURE

N.REF :165/12/2020

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.*4-Syndrome d'asthénie chronique avec des blocages respiratoires récurrents.

Dates des soins et Actes pratiqués : *24/12/2020 :

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

* Levées de tensions musculaires + Oxygénothérapie.

* Infiltrations multiples, à la Xylocaïne, au niveau lombaire.

: 350,00 DHS.

* 26/12/2020 :

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

*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 - Ostéopathie
Posturologue - K-Taping
MESOTHERAPIE
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS
Tél: 05 22 99 20 00 - 06 61 15 70 62*

Dr D. FASSI FIHRI

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. = 00176931200009 – I.F. = 42204518/I.N.P=091064055/C.N.S.S=2699124