

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.

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 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0003596

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1191 Société : RAH

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAKRAOUI Ep ZOHEIR Fatima

Date de naissance : 21-12-1950

Adresse :

Tél : 0661464969 Total des frais engagés : 256,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2021

Nom et prénom du malade : ZOHEIR FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : cf Diagnostic sur la facture

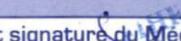
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

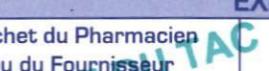
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : 15/02/2021

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
27/01/2021	K10	1	350-	 Société Israélite d'Orthopédie Posturologique - K-TAPIN MÉDÉTHÉRAPIE SYNDROME D'EHLERS-DANLOS 02 22 89 20 00
29/01/2021	K10	1	350-	
			700	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/2021	56,60

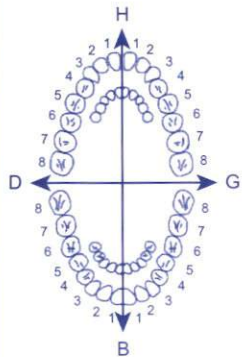
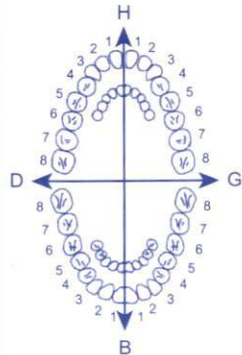
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr DANIAL FASSI FIHRI

Spécialiste en Chirurgie

Orthopédie et Traumatologie(Strasbourg)

Médecine Manuelle ostéopathique

Posturothérapie avec Reprogrammation Posturale Podale

Professionnel en K-TAPING + Mésothérapie

Spécialiste SYNDROME D'EHLERS-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 27/10/2021

56,60

Mme BOUGIR

FATIMA

Prosthes N°1



PHARMACIE DU TAC
IMM. AYDAOUI Fatna
Docteur en Pharmacie
129, Bd. Raphaël - Casablanca
Tél : 0522 98 73 61



611 800115 013 7
IPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
R.P. 136 Rouskoura

0

le 27/10/2021

Docteur Danial FASSI FIHRI
Orthopédiste - Ostéopathe
Posturologue - K-Taping
MÉSOTHÉRAPIE
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS
Tél: 05 22 98 20 00 - 06 61 15 70 62

202, Bd. Abdelmoumen - Galerie Abdelmoumen 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

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 29 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 : *27/01/2021 :

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.

* 29/01/2021 :

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
Posturologie - K-Taping
MÉSIOTHÉRAPIE
SYNDROME EHLERS-DANLOS

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. = 001769312000009 - I.F. = 42204518/I.N.P=091064055/C.N.S.S=2699124