

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-426699

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5678

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

EL FAKIR

Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0662768446

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Daniel FASSI FIHRI  
Orthopédiste - Ostéopathe  
Posturologie - K-Taping  
MESOTHERAPIE  
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS  
TEL : 0522 99 20 00 - 06 61 15 70 62

Date de consultation :

07/01/2022

Nom et prénom du malade :

EL FAKIR RAYANE

Age :

2005

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Entorse Lume

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 :

CASA

Le :

10/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

EL

### 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.

**MUPRAS** : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
01/01/22				INP : 09 10 6 40 00 Docteur Daniel FASSET Orthopédiste - Ostéopathe Posturologie - Kyrapping MESOTHERAPIE SYNDROME D'EHLERS-DANLOS Tél : 05 22 99 20 00 - 06 61 15 70 62

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10.01.22		101A MM <sup>2</sup> IR			
			10x150			
			= 1500,00 DH			

RELEVÉ 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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														



**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'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... 07/01/2022

EL FAKIR RAYANE

Bon pour 10 jours de physiothérapie  
Antalgique + Rééducation fonctionnelle  
de la cheville gauche.

Revenir chez G avec entorse externe  
et arrachement osseux de la partie de la patella  
Extérieure

**Dr D. FASSI FIHRI**

**Docteur Danial FASSI FIHRI**

Orthopédique - Ostéopathe

Posturologie - K-Taping

MESOTHERAPIE

SYNDROME D'EHLERS-DANLOS

Tel : 0522 99 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

**Zineb SOUGRATI**  
**Kinésithérapeute**

Casablanca, le 07.02.2022

**FACTURE**

Nom : EL Fakir

Prénom : Rayane

Employeur / Club :

AT : AS du

Assurance :

Nombre de Séances : 10 Séances.

10 (AMM) + (AMM) IR = 10 X 150

TVA : 7% =

Total = 1500,00 DH

Facture Arrêtée à la Somme de :

Mille cinq cent dh.

**ZINEB SOUGRATI**  
**KINESITHEPEUTE**  
**PHYSIOTHEPEUTE**  
Haddaouia 3 Rue 39 N° 12 Casablanca  
Tél: 05 22 50 59 62  
ICE: 06 60 46 08 52 - IF: 15164242

شارع فاس . الحداوية 3 زقة 39 رقم 12 / الهاتف : 05 22 50 59 62  
المحمول : 06 60 46 08 52 / البريد الالكتروني : centreatlanta@yahoo.fr  
Bd. de Fés Haddaouia 3 Rue 39 N° 12 / Tél.: 05 22 50 59 62  
Gsm : 06 60 46 08 52 / E-mail : centreatlanta@yahoo.fr

07.02.2022

M<sup>h</sup> El Fakir Rayane été suivi  
Au centre pour Médication

Date de début le:

10.01.2022

13.01.2022

15.01.2022

17.01.2022

22.01.2022

24.01.2022

29.01.2022

01.02.2022

03.02.2022

Date de fin le: 05.02.2022

Attention de 3 fois par semaine.

Bien Avoir

**Zineb SOUGRATI**  
**Kinésithérapeute D.E**

Casablanca, le 10.01.2022

**DEVIS**

Nom : EL Fakir

Prénom : Rayane

Employeur / Club : .....

AT : AS du .....

Assurance : .....

Nombre de Séances : 10 Séances

10 (AMM) + (AMM) IR = 10 x 150

TVA : 7% = .....

Total = 1500,00 DH

Facture Arrêtée à la Somme de :

Mille cinq cents dhs.

**ZINEB SOUGRATI**  
**KINÉSITHÉRAPEUTE**  
Haddaouia 3 Rue 39 N° 12 Casablanca  
Tél: 05 22 50 59 62  
ICE: 0016062300002149  
T.P: 34640258