

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : R. A. M.

Actif Pensionné(e) Autre : 117905

Nom & Prénom : BENTIMA Hassam

Date de naissance : 05/11/56

Adresse : 110 Rue de la Réunion Bousaâne

Tél. : 0673744333 Total des frais engagés : 200,00 DH. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Danial FASSI FIHRI
Orthopédiste - Ostéopathie
Posturologie - K-Taping
MESOTHERAPIE
SYNTHÈSE D'EHLENS-DANLOS
Tel : 0522 99 20 00 - 06 61 15 70 62

Date de consultation : 24/08/2021

Nom et prénom du malade : BENTIMA Hassam Age : 1956

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Capsulite multi-directionnelle gavie de l'épaule droite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

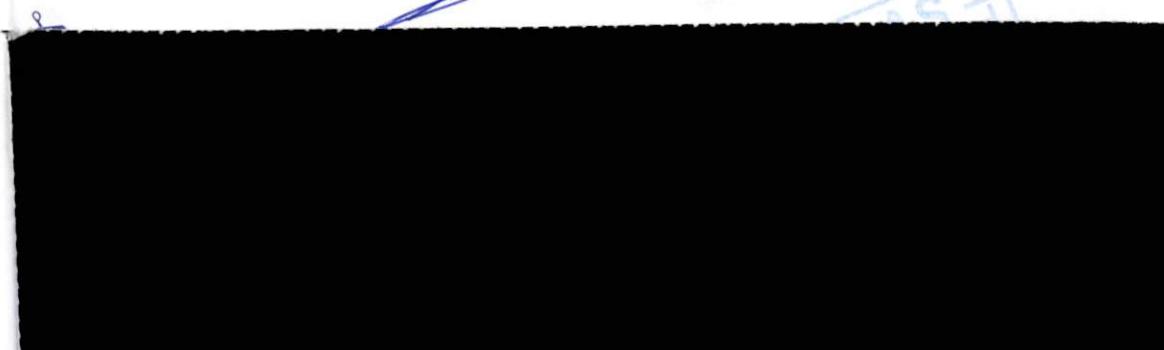
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 24/08/2021 Le : 24/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Horaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/08/2022	Rdv		100	Docteur Daniel FAUCHE Orthopédiste - Ostéopathie Posturologie - Kinésiologie MESOTHERAPIE SYNDROME D'EPILERS-DANLOS Tél: 0522 59 20 00 - 06 61 15 70 62

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0017894

Dde Acc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : RAM.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENHIMA HASSAN 1970/05

Date de naissance : 05/11/56

Adresse : 40, Rue de la Réunion Bouygues CASA

Tél : 0673744333 Total des frais engagés : 700,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Daniel FASSI FIHRI
Orthopédiste - Ostéopathie
Posturologie - K-Taping
MESOTHERAPIE
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS
Tel : 0522 99 29 00 - 06 61 15 0 02

Date de consultation : 24/08/2022

Nom et prénom du malade : BENHIMA HASSAN Age : 1956

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OF MAGNITUDE DES TENDINITES

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 24/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0017894

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : M22-0017894

Nom de l'adhérent(e) : BENHIMA HASSAN

Total des frais engagés : 700,00 DH

Date de dépôt :

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
2011 08/1	KD 0 X 10		700.0	Docteur Daniel FASSI Orthopédiste - Ostéopathie Posturologue - Kiné
2011	700 X 10 Serrage (cf devis)			SYNTHÈSE MESOTHERAPIE LEFFERS DANLOS tel: 03 27 49 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 Praticien	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

ODF

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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

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 24 Août 2022

PLI CONFIDENTIEL/DEVIS

N° REF : 2965/08/2022

Nom : BENHIMA

Prénom : HASSAN

Date de Naissance : 05/11/1956

Mutuelle : MUPRAS

Diagnostic : *1- Capsulite rétractile multi-directionnelles sévère de l'épaule droite chez un patient cardiaque sous anticoagulant.*2- Rétractions musculaires multiples.*3-Rachis cervical dégénératif avancé avec des ponts osseux.

Actes nécessaires : 1 séance par semaine X10.

K20 :* 1 séance de Photobiomodulation antalgique au niveau de l'épaule droite et cervicale.

* Levées de tensions musculaires multiples par ostéopathie neurale.

* Bandages neuromusculaires multiples épaule droite avec programme pour le Deltoid et les Pectoraux.

1 séance par semaine: K20 : 700,00 DHS.

700,00 DHS x 10 K20 =7000 ,00 DHS

**MONTANT : 7000,00 DHS
(Sept Mille Dirhams)**

Dr D. FASSI FIHRI

Docteur Danial FASSI FIHRI
Orthopédiste Ostéopathie
Posturologie - K-Taping
MESOTHERAPIE
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS
Tel : 0522 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

N° Dossier: 127005 

N° Dossier externe: ACC-03140-24/08/2022

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: BENHIMA HASSAN

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 24-08-2022 

Date de fin: 24-08-2022 

Date de saisie: 24-08-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
26-08-2022	Manuel	10 SEANCES DE REEDUCATION EPAULE DROITE . OK

DOCTEUR DÁNIAL 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 24 Août 2022

FACTURE

Nº REF : 2965/08/2022

Nom : BENHIMA

Prénom : HASSAN

Date de Naissance : 05/11/1956

Mutuelle : MUPRAS

Diagnostic : *1- Capsulite rétractile multi-directionnelles sévère de l'épaule droite chez un patient cardiaque sous anticoagulant.*2- Rétractions musculaires multiples.*3-Rachis cervical dégénératif avancé avec des ponts osseux.

Dates des soins combinés MEDICAUX, pratiqués:-24/08/2022 :

K20 :* 1 séance de Photobiomodulation antalgique au niveau de l'épaule droite et cervicale.

* Levées de tensions musculaires multiples par ostéopathie neurale.

* Bandages neuromusculaires multiples épaule droite avec programme pour le Deltoïde et les Pectoraux.

TOTAL : 700,00 DHS
(Sept Cents Dirhams)

Dr D. FASSI FIHRI

Docteur Dániel FASSI FIHRI
Orthopédiste - Osteopathie
Posturologie - K-Taping
MÉSOTHERAPIE
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS
Tel. 0522 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