

# 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.

**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

M22- 0050536

196139

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 664 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MME FATIMA SEBBAR  
Date de naissance : 01/01/1946  
Adresse : 110, Bd Yacoub El Mansour, Res. ANAS,  
Maârif, Casablanca  
Tél. 0665622200 Total des frais engagés : 4 200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Docteur DANIAL FASSI FIHR  
Orthopédiste - Ostéopathe  
Posturologie - K-Taping  
MESOTHERAPIE  
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS  
Tél : 0522 99 20 00 - 06 61 14 14 02  
Date de consultation : 06 / 12 / 2023  
Nom et prénom du malade : SEBBAR FATIMA Age : 1946  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Luxation de l'épaule gauche suite à un choc  
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 : Casablanca Le : 06 / 12 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# 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
06/12/2023	12 20 x 6 cf facture et planif	#4200		Docteur Daniel FALLOU Orthopédiste - Ostéopathe Posturologie - Kinésithérapie SYNDROME D'ÉLÉMENTS DANLOS Tel : 0522 99 20 00 - 06 67 13 70 42

# 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

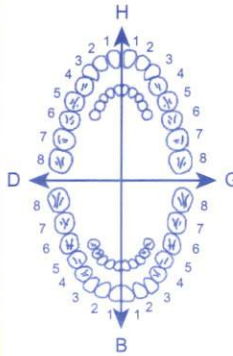
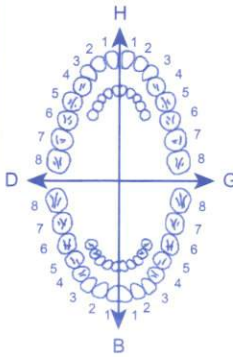
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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	
				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 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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"/>

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 06 Décembre 2023

**FACTURE DE SOINS MEDICAUX**

REF : 1243/12/2023

Nom : SEBBAR

Prénom : FATIMA

Date de naissance : 01/01/1946

Mutuelle : MUPRAS

Diagnostic : \*1-Poussée sévère de Lombosciatalgies côté droit sur rachis dégénératif avancé et rétractions musculaires multiples. \*2-Patiente cardiaque sous anticoagulant.

**Actes faits : 6 séances** de Soins Médicaux Spécialisés .

K20:\* 1 séance de levée de tensions musculaires + Oxygénothérapie.

\* correction vertébrale étagée.

\* Bandages neuromusculaires lombaire.

\* Traction lombaire sur table Motorisée. : 700.00DHS.

**1 séance par semaine: K20 : 700,00 DHS ( cf planning).**

**700,00 DHS x 06 K20 =4200 ,00 DHS**

**MONTANT : 4200,00 DHS**  
**(Quatre Mille Deux Cents Dirhams)**

**Dr D. FASSI FIHRI**

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

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 06/12/2023

**Planning des séances**

REF : 1243/12/2023

Nom : SEBBAR

Prénom : FATIMA

Date de naissance : 01/01/1946

Mutuelle : MUPRAS

Séances	Date	Heures	P.	Séances	Date	Heures	P.
1	02/11/2023	10H30	ESPESE	4	22/11/2023	15H00	ESPESE
2	08/11/2023	15H30	ESPESE	5	29/11/2023	11H00	ESPESE
3	15/11/2023	15H00	ESPESE	6	06/12/2023	11H00	ESPESE

**Dr D. FASSI FIHRI**

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