

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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.

**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

W21-839912

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 72591 Société : RAT  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Benjelloun Abdellah  
Date de naissance : 15/02/1988  
Adresse : Hay Sidiou, rue du syndicat Ben B apt 7 CHA  
Tél. : 06 60 99 55 45 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :


Date de consultation : 02 / 02 / 2021  
Nom et prénom du malade : BENJELLOUN ABDELLAH Age : 1988  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Poussee de l'arthrose avec blocage  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Enso-série  
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 : .....  
Signature de l'adhérent(e) : .....

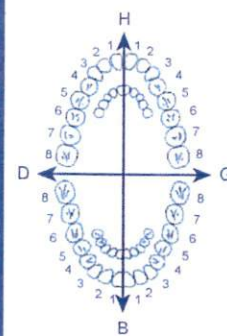
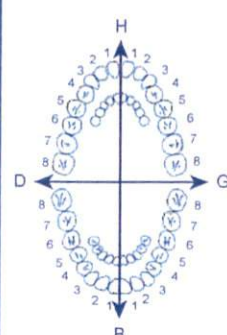


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/02/24	C2		350 D#	
02/02/24	4		700 D#	
24	Klo 4 l'ensemble (cf Facture)			

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
	02/02/24	222	500 D#

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	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION											
																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# الفحص بالأشعة حي المستشفيات

## RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER  
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE  
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE  
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 02/02/2024

**Facture N° 4327/2024**

Dr. N. BENNANI

Nom patient : **BENJELLOUN ABDELLAH**

Examen(s) réalisé(s) :

**RACHIS LOMBAIRE FACE+PROFIL  
RACHIS CERVICAL F/P**

Dr. Y. BOUZIDI

Montant : **cinq cents (500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

**RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX**  
Angle Rue Place Charles Nicole et  
Rue Dr. Magendie - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83  
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01



ak

Casablanca , le 02/02/2024

Patient : **BENJELLOUN ABDELLAH**  
Médecin traitant : **DR DANIAL FASSI FIHRI**  
Examen réalisé : **RACHIS CERVICAL F/P**  
**+ RACHIS LOMBAIRE F/P**

Dr. N. BENNANI

### Résultat :

#### Au niveau cervical :

- Texture osseuse satisfaisante.
- Statique vertébral respectée dans le plan frontal.
- Rectitude dans le plan sagittal.
- Respect de la hauteur des corps vertébraux et des espaces inter vertébraux.
- Respect de la ligne spinolamaire.
- Pas d'anomalie des parties molles en regard.

Dr. Y. BOUZIDI

#### Au niveau lombaire :

- Texture osseuse satisfaisante.
- Discrète inflexion dans le plan frontal à convexité gauche.
- Rectitude dans le plan sagittal.
- Respect de la hauteur des corps vertébraux.
- Pincement L5-S1
- Pas d'anomalie des parties molles en regard.

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Signé : **Dr BENNANI N.**

RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX  
Angle Rue Place Charles Nicolle et  
Rue Dr. Magendie - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 83 83 - 05 22 27 34 01  
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

**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 02 Février 2024

### **FACTURE DE SOINS MEDICAUX**

N.REF : 1979/02/2024

Nom : BENJELLOUN

Prénom : ABDELLAH

Date de Naissance : 15/02/1988

Mutuelle : Mupras

Diagnostic : \* 1- Poussée de lombalgies base avec blocage lombosacré complet. \* 2- Rétractions musculaires multiples.

#### **Dates des soins combinés MEDICAUX, pratiqués: 02/2024 :**

K20 : \*Infiltration intervertébrale L5-S1 + 1 séance de Mésothérapie

- antalgique au niveau para-vertébral.

: 600.00DHS.

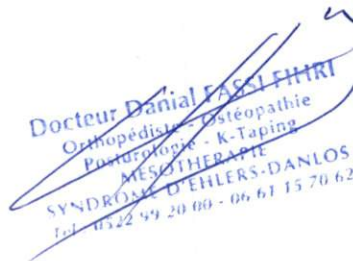
Consommable mésothérapie antalgique et Infiltration.

: 100,00 DHS

**TOTAL : 700,00 DHS**

**(Sept Cents Dirhams)**

**Dr D. FASSI FIHRI**

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