

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 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

- Reclamation : 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 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc



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

Déclaration de Maladie

N° W19-434149

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9404

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENSEDDIK TAREO

Date de naissance :

02/02/72

Adresse :

ROYAL AIR MAROC CASA-ANDR

Tél. :

060060606

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur DANIEL FASSI FIHRI
Orthopédiste - Ostéopathe
Posturologie - K-Taping
MESOTHERAPIE
SYNDROME D'EHRLERS-DANLOS
Tél: 05 22 99 20 00 - 06 81 15 70 63

Cachet du médecin :

Date de consultation :

16/07/2019

Nom et prénom du malade :

BENSEDDIK TAREO

Age: 1972

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Parosyllary + cholestérol + polyarthrite 27 S
et Syndrome Sjögren.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CASA

Le :

24/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

Accueil MUPRAS

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
17/07/19	Kdo of Fracture		700 DHS	INP : 09106405 Docteur Daniel BASSI RABIER Orthopédiste - Ostéopathe Posturologie - K-Taping MESOTHERAPIE

17/07/19 Kdo of Fracture 700 INP: 09106405

Docteur Daniel KASSI FMR
Orthopédiste / Ostéopathe
K-taping

Docteur Danial SASSI RHR
Orthopédiste - Ostéopathe
Posturologue - K-Taping
MESOTHERAPIE
SYNDROME DE EHLERS-DANLOS

[illegible]

Montant de la Facture

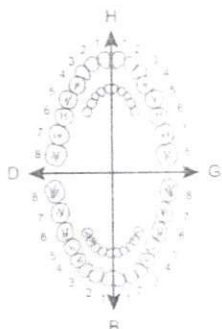
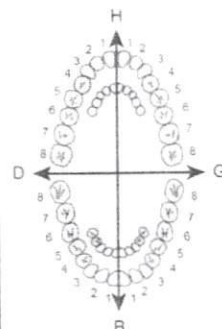
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser comment sont traitées 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'O.D.F.

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"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21497552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21497552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21497552	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Important

Dents
Traitees

Nature of
Soins

Coefficient

INP : _____

11/11/2011

11/11/2019

11/11/2011

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

II

25533412
00000000

12 | 21437552

D

- G

35533411

11433553

B

11/11/2019

11/11/2019

11

Page 10

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 17 Juillet 2019

FACTURE

N.REF: 2728/07/2019

Nom : BENSEDDIK

Prénom : TAREQ

Date de naissance : 02/07/1972

Mutuelle : MUPRAS

Diagnostic :*1- Rachialgies étagées + paresthésies aux 2 membres supérieurs et inférieurs.*2- Syndrome d'asthénie chronique + blocages respiratoires avec malaises répétitifs.*3 Rétractions musculaires multiples.

Dates des soins et Actes pratiqués : 17/07/2019 :

K20:*1- 1 séance d'Ondes de choc au niveau lombaire.

*2- Infiltrations multiples, à la Xylocaïne, au niveau des 2 hanches.

*3- Levées de tensions musculaires.

*4- Oxygénothérapie.

TOTAL : 700.00DHS

(Sept Cents Dirhams)

Dr D. FASSI FIHRI

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