

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **cique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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

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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº M20- 0004234

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1121

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAKRADI

FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661464949

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : FATIMA ..... Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

### **VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie Nº M20-04234

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-541189

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Matricule : <u>1121</u>	Cadre réservé à l'adhérent (e)	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>ALLAOUI Fatima ep ZOTTER</u>		
Date de naissance : <u>21-12-1950</u>		
Adresse : <u>16, Rue AHFAR Laïla 20 esma</u>		
Tél. : <u>066146649 49</u>	Total des frais engagés : <u>700</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Docteur Daniel FASSI FIHRI Orthopédiste - Ostéopathe Posturologie - K-Tape MESOTHERAPIE YDROMÈNE D'EHLERZ 14 DEC 2020	
Date de consultation : <u>21/12/2020</u>	14 DEC. 2020
Nom et prénom du malade : <u>ZOTTER Fatima</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Magnétique du dos</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le sceau 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 14/12/2020      Le : 14/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
26/11/10	= C	3000	POUR UN TAPIS D'OSTHEOPATIE - MESOTHERAPIE	INPIRE INSTITUT DE POSTURE ET D'OSTHEOPATHIE
26/11/10	= K 10	3000	POUR UN TAPIS D'OSTHEOPATIE - MESOTHERAPIE	70 € Posturologie - K-taping
28/11/10 = 9.1K.10		7000	MESOTHERAPIE SYNDROME D'EHLERS-DANLOS	MESOTHERAPIE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS**

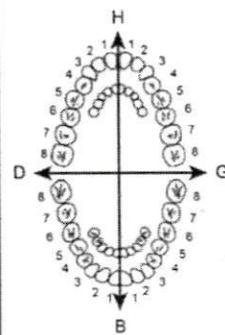
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.



O.D.F.  
PROTHÉSES DENTAIRE

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **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

**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 26 Novembre 2020

**FACTURE**

N.REF :165/11/2020

Nom : ZOHEIR  
Prénom : FATIMA  
Date de Naissance : 21/12/1950  
Mutuelle : MUPRAS

Diagnostic : \*1-Poussée de Rachialgies étagées avec des paresthésies diffuses.\*2-Rétractions musculaires multiples sur troubles de la proprioception.\*3- Tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche.\*4-Syndrome d'asthénie chronique avec des blocages respiratoires récurrents.

**Dates des soins et Actes pratiqués : \*26/11/2020 :**

K10:\* 1 séance d'Ondes de choc lombaire.

\* Levées de tensions musculaires + Oxygénothérapie.

\* Infiltrations multiples, à la Xylocaïne, au niveau lombaire.

350,00 DHS

\* 28/11/2020 : K10 : \*1 séance d'ondes de choc aux 2 hanches.

- Levées de tensions musculaires + Oxygénothérapie.
- Infiltrations multiples, à la Xylocaïne, aux 2 hanches.

350,00 DHS

TOTAL : 700.00DHS

(Sept Cents Dirhams)

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

**Dr D. FASSI FIHRI**

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