

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-816979

184221

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13031 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HSSIK Hamza

Date de naissance : 06/02/1992

Adresse :

Tél. : 0623078785 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Mounif BIROUK

Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni (F) Casablanca  
Angle Bda 9 Avril et Med. Abdou

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2023

Nom et prénom du malade : HSSIK Hamza

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Traite

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.

ACCUEIL

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 : 13/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-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
07/10/2023	G	E		INP: [Signature] Dr. Mounsi BIROUK Chirurgien Orthopédiste Clinique Zerrouki (F) Casablanca Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

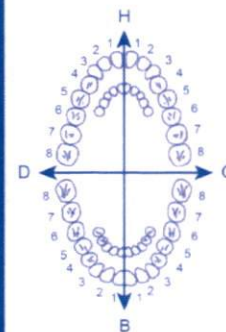
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

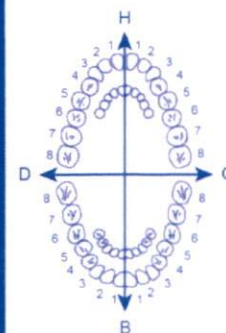
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
24/11/23 [Signature] KINESITHERAPEUTIQUE MED SLAHKIM MOHAMMED Imm de la Gare, Bte 109 Bordj BOU SAÏD Tél: 0522 78 21 21	23					15000 DA

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزركطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le

07/15/23

Mr HSSIC HAMZA

Rhin des Pa des Poema

gault

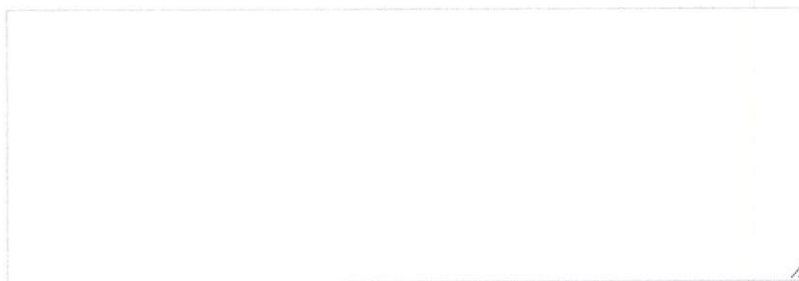
R pr 10 des se

rak 2 Poema gault

Dr. ~~Mounir~~ BIROUK  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerketouni (F) Casablanca  
Angle Bds, 9 Avril et Med, Abdou

**N° Dossier:** 184221   
**N° Dossier externe:** ACC-13031-27/11/2023  
**Type de dossier:** REEDUCATION   
**Bénéficiaire:** HSSIK HAMZA  
**Situation:** En attente   
**Sous-situation:** ---   
**Date de début:** 27-11-2023   
**Date de fin:**   
**Date de saisie:** 27-11-2023  
**Événement:** 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants []

Date	Type	Commentaire
27-11-2023	Manuel	Ok pour 10 séances de kiné



Nom et prénom du patient : Mr HSSIK HAMZA

# **CENTRE BOUSKOURA DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT**

Mohamed LAHKIM – Kinésithérapeute

Nom et prénom du patient : Mr HSSIK HAMZA

Les séances	Dates
1	27/11/2023
2	29/11/2023
3	1 <sup>er</sup> /12/2023
4	4/12/2023
5	6/12/2023
6	8/12/2023
7	11/12/2023
8	13/12/2023
9	15/12/2023
10	18/12/2023

Immeuble de la gare, entrée B, 1<sup>er</sup> étage, N1, Route 109 - Centre Bouskoura de Kinésithérapie  
et d'Amincissement Casablanca – Tél : 05.22.78.21.51 / 06.57.57.20.91 - IF : 24843637 – TP :  
32960074 - ICE : 001978124000016 - E-MAIL : simolahkimkine29@gmail.com

# CENTRE BOUSKOURA DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

Mohamed LAHKIM– Kinésithérapeute

Date : 18/12/2023

Facture N° : 114/23


Nom et prénom du patient : Mr HSSIK HAMZA

Nature des prestations	Nombre de séances	Prix unitaire	Total
Rééducation de fracture du pouce gauche	10	150 DHS	1500 DHS
Total			1500 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : 1500 DHS

  
CENTRE BOUSKOURA  
DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT  
LAHKIM MOHAMED  
Immeuble de la Gare EB 1 Etg 1 Rte 109  
BOUSKOURA  
Tél: 05.22.78.21.51 / GSM: 06.57.57.20.91

Cachet et Signature

  
CENTRE BOUSKOURA  
DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT  
LAHKIM MOHAMED  
Immeuble de la Gare EB 1 Etg 1 Rte 109  
BOUSKOURA  
Tél: 05.22.78.21.51 / GSM: 06.57.57.20.91

Immeuble de la gare, entrée B, 1<sup>er</sup> étage, N1, Route 109 - Centre Bouskoura de Kinésithérapie  
et d'Amincissement Casablanca – Tél : 05.22.78.21.51 / 06.57.57.20.91 - IF : 24843637 – TP :  
32960074 - ICE : 001978124000016 - E-MAIL : simolahkimkine29@gmail.com

## ACCORD REEDUCATION

pec\_mup@mupras.com <pec\_mup@mupras.com>

Lun 27/11/2023 10:46

À :HSSIK HAMZA <HHSSIK@royalairmaroc.com>

📎 1 pièces jointes (23 Ko)

ACCORD REEDUCATION HSSIK HAMZA.PNG;

Bonjour

vosre accord de rééducation est accordé pour 10 séances.

CORDIALEMENT.

  <small>Siege Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed Fakir 6 ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contacte@mupras.com.</small>	<h3>Service Prise en charge</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>📞 <b>Fixe : +212 522 204 545 LG</b></li><li>✉ <b>pec@mupras.com</b></li><li>🌐 <b>www.mupras.com</b></li></ul> <p><i>MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger</i></p> <p>   <b>/MUPRASRAM</b></p>
--	---

# **CENTRE BOUSKOURA DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT &**

**Mohamed LAHKIM– Kinésithérapeute**

**Date : 24/11/2023**

**Devis N° : 39/23**

**Nom et prénom du patient : Mr HSSIK HAMZA**

<b>Nature des prestations</b>	<b>Nombre de séances</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Total</b>
<b>Rééducation de fracture du pouce gauche</b>	<b>10</b>	<b>150 DHS</b>	<b>1500 DHS</b>
<b>Total</b>			<b>1500 DHS</b>

**Arrêté le présent devis à la somme de : 1500 DHS**

**Cachet et Signature**

*Mohamed*  
CENTRE BOUSKOURA  
DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT  
**LAHKIM MOHAMED**  
Imm de la Gare EB 1 Etg 1 Rte 109  
BOUSKOURA  
Tél: 0522 78 21 51 GSM: 06 57 57 20 91

**Immeuble de la gare, entrée B ,1<sup>er</sup> étage, N1, Route 109 - Centre Bouskoura de Kinésithérapie et d'Amincissement Casablanca – Tél : 05.22.78.21.51 / 06.57.57.20.91 - IF : 24843637 – TP : 32960074 - ICE : 001978124000016 - E-MAIL : simolahkimkine29@gmail.com**