

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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

N° W21-816979

184221

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 13031	Société : Royal Air Maroc	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> HSSIK Hamza
Nom & Prénom : HSSIK Hamza		
Date de naissance : 06/08/1992		
Adresse :		
Tél. : 0623078785 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Dr. Mounif BIROUK Chirurgien Orthopédiste Clinique Zerktouni (F) Casablanca Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou	
Cachet du médecin :	12/10/2023	
	HSSIK MUPRAS	
Date de consultation :	12/10/2023	
	HSSIK MUPRAS	
Nom et prénom du malade :	HSSIK MUPRAS	
	HSSIK MUPRAS	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	
	<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Enfant	
	<input type="checkbox"/> HSSIK MUPRAS	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous olconfidential 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/12/2023

ACCUEIL

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
02/04/2023	02			INP :  Dr. Mounsi BIROUK Chirurgien Orthopédiste Chirurgie Zartooui (F) Casablanca Clinique Zarkouni (F) Casablanca Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

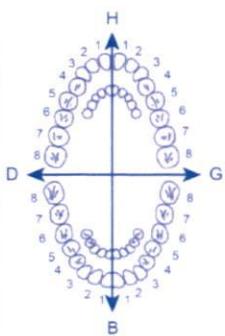
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
24/04/2023 CENTRE KINETHERAPEUTIQUE Dr. LAHKIM MOB MED Imm de la Gare Boulevard 2091 Tel: 0522 78 21 109	23/04/2023 109					15000 PK

VOLET ADHERENT

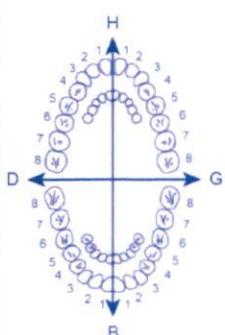
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT 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 الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le

~~1. BIROUK~~

Mr HSSIC HAMZA

frank See Pa see Please

Sander

~~For yr 10 sets~~
~~rate 2. Recd. Sault~~

~~Dr Mounif BIROUK
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkoumi (F) Casablanca
n°4, 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'AMINCISSSEMENT

Mohamed LAHKIM- Kinésithérapeute

Nom et prénom du patient : Mr HSSIK HAMZA

Les séances	Dates
1	27/11/2023
2	29/11/2023
3	1 ^{er} /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

Centre Bouskoura de Kinésithérapie et d'Amincissement
Mohamed LAHKIM
Immeuble de la Gare, entrée B, 1^{er} étage, N1, Route 109
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 Kinésithérapie et d'Amincissement
Mohamed LAHKIM
Immeuble de la Gare, entrée B, 1^{er} étage, N1, Route 109
Casablanca - Tél : 05.22.78.21.51 / 06.57.57.20.91 - IF : 24843637 - TP : 32960074 - ICE : 001978124000016 - E-MAIL : simolahkimkine29@gmail.com

Immeuble de la gare, entrée B ,1^{er} 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

Mo
CENTRE BOUSKOURA
DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT
LAHKIM MOHAMED
Immeuble de la gare EB 1 Etg 1 Rte 109
BOUSKOURA
CSM: 06.57.57.20.91

Cachet et Signature

Mo
CENTRE BOUSKOURA
DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT
LAHKIM MOHAMED
CSM: 06.57.57.20.91

Immeuble de la gare, entrée B, 1^{er} 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

votre accord de rééducation est accordé pour 10 séances.

CORDIALEMENT.

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

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification
115500 13 

Service Prise en charge

📞 Fixe : +212 522 204 545 LG

✉ pec@mupras.com

🌐 www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siège 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.

   /MUPRASRAM

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

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

Arrêté le présent devis à la somme de : 1500 DHS

Cachet et Signature

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

Immeuble de la gare, entrée B ,1^{er} 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