

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 066733

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3073 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSACHY BRAHIM -
Date de naissance : 01.01.1953
Adresse : ANADAMOUNT, Rue 01, No 15
EL OULFA, CASA.
Tél. : 0663473786 Total des frais engagés : 3900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2023
Nom et prénom du malade : ES-SACHY BRAHIM Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : fracture cheville
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 : CASABLANCA Le : 29/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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

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
29.05.23	CS		300,00	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre de Kinésithérapie BOUABID Hay Mly Abdelilah Bd el Khamm N° 366 - Casablanca Tél : 06 62 85 49 09 Larvya	29/05/23	180	4	par	seance	3600 DK

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.

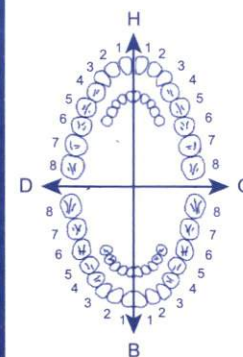
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

29/06/23

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agrégé ALIDRISSI Najib
Orthopédie - Traumatologie
071153902

Sakhi brahmi

Fracture de la malléole externe
traitée orthopédiquement de
cheville gauche. sul fente
Rééducation

20 séances

Centre de Kinésithérapie
BOUABID
Hay Mly Abdellah ed el khalil
N°366 - Casablanca
Tél : 06 62 85 49 09 Lamyaa

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. Agrégé ALIDRISSI Najib
Orthopédie - Traumatologie
071153902



**CENTRE
DE KINESITHERAPIE
BOUABID**

Casablanca, le 12-07-2023

Facture N° 0023/23

Mr/md : ESSAKHI BRAHIM

N° des séances 20

Facture arrêtée à la somme de : Trois mille six cents (3600 DH TTC)

A raison de : 180 DH par séance

Signature :

Hay Mly Abdellah bd el Khalil n°366 _Ain choc, Casablanca

Patente N°34006410 ICE 003058829000036 IF 52455216

Centre de Kinésithérapie
BOUABID
Hay Mly Abdellah Bd el Khalil
N°366 - Casablanca
Tel : 06 62 85 49 09 Larmyaa



acc

1 message

PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
À : Brahim Sakhi <bsakhi36@gmail.com>

mer. 14 juin 2023 à 13:03

Bonjour ,

veuillez noter que vous avez un accord de 20 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 Aïtal Ben Abdellah, 49, Angle rue Aïtal Benadbelah et rue Mohammed Fakir 6^{ème} étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contact@mupras.com.

   /MUPRASRAM

De : Brahim Sakhi <bsakhi36@gmail.com>

Envoyé : mercredi 14 juin 2023 11:25:42

À : PRISE EN CHARGE

Objet : Re: acc

[Texte des messages précédents masqué]

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23052918065537201 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300692569	ES-SAKHI BRAHIM	29/05/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	.	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : LAT.BAK

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel.: 05 29 33 53 45
Fax : 05 29 33 53 77
E-mail : contact@ckm.hck.ma
N° WP 09001862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 75.205 / 2023 du 29/05/2023

Nom patient : **ES-SAKHI BRAHIM**

Entrée 29/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 29/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

	Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements	300,00	300,00	0,00

[Signature]

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
E-mail: contact@hik.ma
N° INP 090061862

Jours	Dates	Séances
Jeudi	15/06/2023	1
Vendredi	16/06/2023	2
Lundi	19/06/2023	3
Mardi	20/06/2023	4
Mercredi	21/06/2023	5
Jeudi	22/06/2023	6
Vendredi	23/06/2023	7
Lundi	26/06/2023	8
Mardi	27/06/2023	9
Mercredi	28/06/2023	10
Jeudi	29/06/2023	11
Vendredi	30/06/2023	12

Jours	Dates	Séances
Lundi	03/07/2023	13
Mardi	04/07/2023	14
Mercredi	05/07/2023	15
Jeudi	06/07/2023	16
Vendredi	07/07/2023	17
Lundi	10/07/2023	18
Mardi	11/07/2023	19
Mercredi	12/07/2023	20
Centre de Kinésithérapie BOUABO		
Hay Mhy Abdallah Abdel khaliil N°366 - Casablanca		
TEL : 06 62 85 49 09 Lamyaa		



**CENTRE
DE KINESITHERAPIE
BOUABID**

📍 Hay mly abdellah bd elkhail N°366

☎ 06 62 85 49 09 (Lamiaa)

☎ 06 41 79 36 98 (Ilyas)

@ bouabidcabinet@gmail.com



**CENTRE
DE KINESITHERAPIE
BOUABID**

Nom :

ESSAKHI

Prénom :

BRAHIM

Pathologie :

- PSEUDOTUMOR



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION & RECHERCHE

29/05/23

17:05:01

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA
CASABLANCA**

432

477923*****5026

09/26 CARTE NATIONALE

220-0--0-44

Num Commerçant :	2220064
Num TPE :	08172121
Num Transaction :	000014
Num Autorisation :	0L4429
Num STAN :	017349

MONTANT : 300,00 MAD

DEBIT
Copie client



**DEVENEZ COMMERÇANT NAPS
APPELEZ LE 05 22 91 74 74**