



144979

CASABLANCA, Le 16 janvier 2023

SEDKANE M.  
175 BD D'ALSACE  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE****Identifiant adhérent : 08232\_1968-12-23\_SOUIANE****N/REF : 20230160019500****Adhérent : EL MTRAJI SOUIANE**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SOUIANE EL MTRAJI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de\* **1500.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 16-01-2023 au 16-04-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à SOUIANE EL MTRAJI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- **Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.**

\* Pour information, la part adhérent : **150.00 MAD**



# Mohamed SEDKANE

**Kinesithérapie - Électrothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux**



محمد صدقان

**دبلوم الدولة في الترويض الطبيعي**  
**الترويض الطبيعي - المعالجات الكهربائية**  
**الرياضة الطبية - التدليك الطبيعي**

01 ، زنقة الزاس الماء الضاء 175

175, Bd. d'Alsace Casablanca 00 Thérapie

Téléph: C : 022 26 64 38 / 022 27 86 09  
CNSS : 1240457 / ICE-0013467400005F  
Compte Bancaire : BMCI / Agence Mers Sult  
N°: 100101010010130013448

الهاتف : مكتب : 022 26 64 38/022 27 86 09:

Casablanca, le 06/01/2023

**BORDEREAU N° : 005490**

Adressé à : MUPRAS

## CONTENU

Nom et Prénom	ORIGINE	MONTANT
SOUFIANE EL MTRAJI	ref: 202301600 19500	1500,00 DH
Quatre-vingt-dix mille cinq cent Dirhams		

## Mohamed SEDKANE

Kinésithérapie - Physiothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alase Casablanca  
Téléph : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448 RIB  
BMCI Agence Rahal El Meskini Casa



## محمد صدقان

الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبيعي

175. شارع أزاس الدار البيضاء  
05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09  
الهاتف :

Casablanca, le 26/2/2023 الدار البيضاء، في

FACTURE N° 0006308

Nom et Prénom SOUFIANE EL NTRAJI

la Somme de 1500,00DH ( mille cinq cent

Dhars) 1500DH + 10,-

pour 10 ( Dix ) Séances de Rééducation  
fonctionnelle + physiothérapie du  
rachis lombaire

INPE  
065044976

CE:001734674000058

Signature  
SEDKANE Mohamed  
Masseur Kinésithérapeute  
Avis d'ouverture N° 1085 du 20.06.81  
175, Bd d'Alase Casablanca  
Tél: 05 22 27 86 09 - 05 22 26 64 38

RIB 013780010910010130013448

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

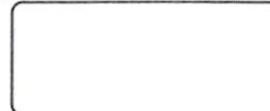
**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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

N° W21-781844

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 :

### 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
				INP : <input type="text"/>

### 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>SDH N° 1758652223882 Masson Kim 06/02/2003</i>	06/02/2003	10				150000000 150000000 n° 6 en gris Bulles

### VOLET ADHERENT

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

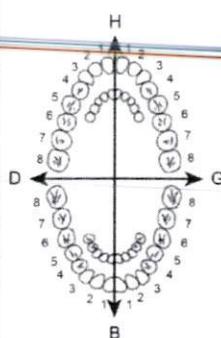
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

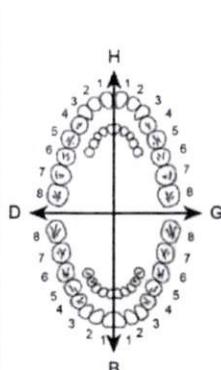
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

#### [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



**Mohamed SEDKANE**  
Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél.: 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

### CARTE DE SEANCES

- Patient : SOUFIANE EL NTRAJI
- A.T / A.S / Autres :
- Assurances : ANPRA'S Police :
- Nombre de Séances : 10 Séances

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
17/11/23							
19/11/23							
21/11/23							
23/11/23							
25/11/23							
27/11/23							
29/11/23							
30/11/23							
01/12/23							
03/12/23							
06/12/23							

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance  
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci