

CASABLANCA, Le 16 janvier 2023

144979

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

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

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de SOUFIANE 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 SOUFIANE 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 الطبي  
الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Cabinet de kinésithérapie  
175, Bd. d'Alsace Casablanca 01

175، زقاق الرأس المر، الدار البيضاء، 01

Téléph. C. : 022 26 64 38 / 022 27 86 09

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

CNSS : 1240457 - ICE : 00734674000058

Compte Bancaire : BMCI / Agence Mers Sultan

780010810010130013448

Casablanca, le 06/01/2023

**BORDEREAU N° : 005490**

Adressé à : MURRAS

## CONTENU

Nom et Prénom	ORIGINE	MONTANT
SOUFIANE EL MTRAJI	ref. 202301600 19500	1500,00DH
mille cinq cent cinquante		
23-FEV-2023		
SEDKANE Mohamed Masséur Kinesithérapeute N° 1065 du 20.06.81 175, Bd. d'Alsace - Casablanca 022 26 64 38 / 022 27 86 09		



**Mohamed SEDKANE**

Kinésithérapie - Physiothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux

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



**محمد صدقان**

الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

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

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

Casablanca, le 06/2/2023 في الدار البيضاء.

**FACTURE N° 0006308**

Nom et Prénom SOUEÏANE EL MTRATI

la Somme de 1500,00DH (mille cinq cent  
Dihsas) 1500DH + 10.-

pour 10 (Dix) Séances de Rééducation

fonctionnelle + physiothérapie du  
rachis lombaire

Signature

**INPE**

**065044976**

ICE: 001734674000058

RIB 013780010810010130013448  
48

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-781844

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

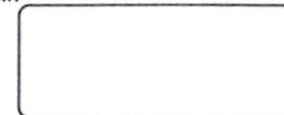
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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 : .....



# 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

INP :

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

KINESITHERAPIE  
ELECTROTHERAPIE



GYMNASTIQUE MEDICALE  
MASSAGES MEDICAUX

**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 : SOUEFIANE EL ATRAJI  
- A.T / A.S / Autres : .....  
- Assurances : MAPRAS Police : .....  
- Nombre de Séances : 10 séances

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
17/1/23							
19/1/23							
21/1/23							
23/1/23							
25/1/23							
27/1/23							
30/1/23							
1/2/23							
3/2/23							
6/2/23							

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