

# 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062775  
7 2684

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8962 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Mohamed Jemel  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Fouad BOUMARDI  
Spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation  
Lauréat de l'Université René Descartes, Paris  
12 C-D, Rue Abou Hassan Al Achaari  
3d, Anfa 20000 Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 27 65 85  
Date de consultation : 24/05/2023  
Nom et prénom du malade : ARABIC W. Jemel Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Kyste papillaire  
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) :



# 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
20/08/2011				

# 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

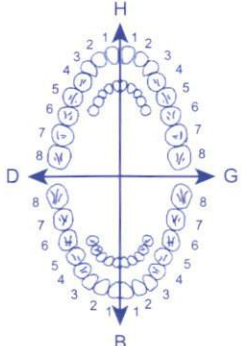
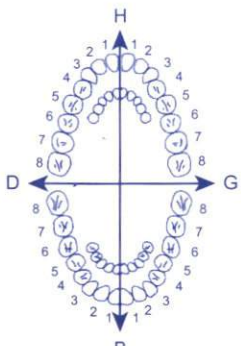
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20/08/2011	AM1112	X 12			240000DA

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# DOCTEUR FOUAD BOUMAHDI

## Cabinet Casa Anfa

Médecine Physique



Rééducation - Réadaptation

**Objet :** Facture des Soins de Rééducation en Kinésithérapie

**Références Facture :** 97/CCAMPR / 2021

**Bénéficiaire / Destinataire:** MR ABDELWAHD JAMAL

**Centre Casa Anfa de Médecine Physique**  
Rééducation-Réadaptation - Bien Être  
12 C-D, Rue Abou Hassan Al Achaari  
Bd Anfa 20000 Casablanca - Maroc  
Tél./Fax: 00(212)5 22 27 68 85  
ccampr@gmail.com/www.ccampr.com

Détails de la Prescription	
Nature des Actes Prescrits	Séances de Kinésithérapie
Code Acte	AMM12
Nombre de Séances Prescrites	20
Nombre de Séances Réalisées	12
Prix Unitaire	200DHS
Rythme Hebdomadaire	3 FOIS PAR SEMAINE
Nature de la Couverture Médicale (CNSS, CNOPS, AUTRES...)	MUPRAS

Arrêter la Présente à la Somme de
2400.00 DH (DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS)

Mode de Paiement
ESPECES

Fait à Casablanca

Le 24/08/ 2021

**Centre Casa Anfa de Médecine Physique**  
Rééducation-Réadaptation - Bien Être  
12 C-D, Rue Abou Hassan Al Achaari  
Bd Anfa 20000 Casablanca - Maroc  
Tél./Fax: 00(212)5 22 27 68 85  
ccampr@gmail.com/www.ccampr.com



N° d'ordre	date	heure	signature du kiné
01	07/06/21	14h	
02	10/06/21	14h	
03	12/06/21	12h	
04	14/06/21	15h 50	
05	19/06/21	11h 00	
06	23/06/21	11h	
07	29/06/21	11h	
08	30/06/21	13h	
09	03/07/21	13h	
10	06/08/21	13h	

N° d'ordre	date	heure	signature du kiné
11	07/08/21	17h	
12	08/08/21	11h	
Reglé			

Centre Casa Anfa de Médecine Physique  
 Rééducation - Bien Être  
 12 C.D. Rte. Hassan Al Achaari  
 Et: Anfa 2000 Casablanca - Maroc  
 Tél/Fax: 00(212)5 27 68 85  
 ccampr@gmail.com/www.ccampr.com

# Règlement d'Avance ou Différé

Date	Montant	Av	Di	Es	Ch	K

Centre Casa Anfa de Médecine Physique  
 Rééducation-Réadaptation - Bien Être  
 12 C.D. Rue Abou Hassan Al Achaari  
 Bd Anfa 20000 Casablanca - Maroc  
 Tél./Fax: 00 (212) 5 22 27 68 85  
 ccampr@gmail.com - www.ccampr.com

Cabinet Casa Anfa

K

Médecine Physique



Rééducation - Réadaptation

N°

CARNET DE SOINS KINÉ

Noms : Abdelwahid

Prénoms : Samir

Date de création : 07/06/21

Tél. :

12C - 12D, Rue Abou Hassan Al Achaari, Angle Bd. Anfa Commune de Sidi Belyoute  
 20000 Casablanca, Maroc  
 Tél. : 00 212 5 22 27 68 85/ 00 212 762 16 04 41  
 E-mail : ccampr@gmail.com - www.ccampr.com