

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.



Declaration de Maladie

N° W19-555785

116385

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12340 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BELDAHE SANER

Date de naissance : 05-09-1984

Adresse : 64, Avenue Rafea Ben Barka, Souissi, Rabat

Tél. : 0661 1751 47 Total des frais engagés : 1800,00 MAD Dh:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Othmane KETTANI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
3, Rue Hab Mouk. Imm. Assafae
App. 2, Secteur 9, Hay Riad - Rabat
Tél/Fax : 05 37 71 09 99

Date de consultation : 07/07/22

Nom et prénom du malade : BELDAHE SANER Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : epine calcaneus

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : epine calcaneus

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 : 03/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 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
07/05/22	Per. dentaire	5		INT. 12.163.111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

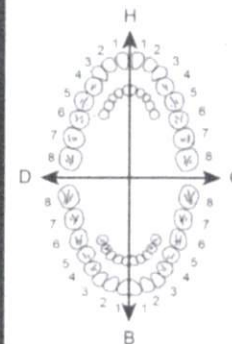
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

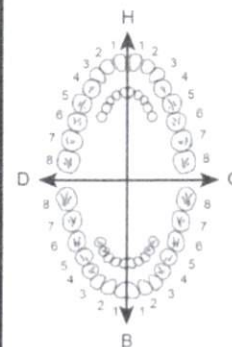
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE PHYSIO-CONCEPT de Rééducation, Physiothérapie et Réadaptation Fonctionnelle Tél.: 06 37 61 83 53 GSM: 06 61 52 51 66	05/05/2022		12 x 150			1200,00

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
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



Kinésithérapie - Physiothérapie Réadaptation fonctionnelle

FACTURE

66/22

Nom : BELMAHI

Prénom : SAMIR

Pathologie : Talalgies épine calcanéenne + pied plat

Durée de traitement : Du 09/05/2022 Au 03/06/2022

Désignation	Nombre de séance	Prix unité	Montant
- Physiothérapie - Mobilisation - Renforcement musculaire - proprioception	12	150.00 DH	1800.00 DH
Total	1800.00 DH		

La présente facture est arrêtée à la somme de mille huit cent dirhams

CENTRE PHYSIO-CONCEPT
de Rééducation, Physiothérapie
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél : 05 37 61 83 53
GSM : 06 61 63 61 66

ICE : 002759457000070 IF : 50125585

Lotissement Ouled Mtaa Secteur 3 Imm 239 Appt 01, Témara
06 77 285 185/ 05 37 61 83 53

Contact: physioconcept@gmail.com

PHYSIO
Concept



Kinésithérapie - Physiothérapie Réadaptation fonctionnelle

LISTE DE SEANCES

Nom : **BELMAHI**

Prénom : **SAMIR**

Pathologie : Talalgies épine calcanéenne + pied plat

Durée de traitement : Du 09/05/2022 Au 03/06/2022

- 09/05/2022
- 11/05/2022
- 13/05/2022
- 16/05/2022
- 18/05/2022
- 20/05/2022
- 23/05/2022
- 25/05/2022
- 27/05/2022
- 30/05/2022
- 01/06/2022
- 03/06/2022

CENTRE PHYSIO-CONCEPT
de Rééducation, Physiothérapie
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél : 05 37 61 83 53
GSM : 06 61 63 61 66

ICE : 002759457000070 IF : 50125585

Lotissement Ouled Mtaa Secteur 3 Imm 239 Appt 01, Témara
06 77 285 185/ 05 37 61 83 53
Contact.physioconcept@gmail.com

PHYSIO
Concept



مركز أمراض وجراحة العظام والمفاصل الرياض
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني
اختصاصي في أمراض وجراحة
العظام والمفاصل

Dr. Othmane KETTANI
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE
TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

07/05/2022

BELMAHI Samir

Faire SVP :

12 séances rééducation pied droit

talalgies épine calcanéenne + pied à
tendance plate

Physiothérapie/étirement de l'aponévrose
plantaire

CENTRE PHYSIO-CONCEPT
de Rééducation, Physiothérapie
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 05 37 61 83 53
0537 61 83 53

Diplômé de la Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Ancien interne du CHU Ibn Nafis - Rabat

Ancien interne du CHU HENRI MONDOR - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Arthroscopie Chirurgicale - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme de Chirurgie du Pied - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme interuniversitaire de Médecine du Sport - Faculté de Médecine - Université Denis DIDEROT - Paris

Dr. Othmane KETTANI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Appt. 2, Secteur 9 - Hay Riad - Rabat
Tél: 05 37 71 09 99
0537 71 09 99

خريج كلية الطب والصيدلة لجامعة محمد الخامس - الرباط

طبيب جلدي سابق بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط

طبيب جلدي سابق بالمركز الاستشفائي هنري مونودور - باريس

حصل على شهادة تحضير التخصص الجراحية بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حصل على شهادة جراحة الأرجل بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حصل على شهادة الطب الرياضي بكلية الطب جونس هوبكنز - باريس

3, rue Hab Mlouk, imm. Assafae, appt. 2, secteur 9 - Hay Riad - Rabat (en face de la porte bleue de Mahaj Riad)

Tél-Fax : 0537-710999 - Portable : 0661201092 - Email : drkettaniorthmane@gmail.com

INPE : 101 167 468 - ICE : 00 1658229000010 - CNSS : 414 4804 - TP : 255 70501