

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

M22- 0017224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KOURTE KHADIJA

Date de naissance :

Adresse : HABIT

Tél. 0632453093

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : DEROUA

Le : 06 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 Règlement des Actes
30/05/23				

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

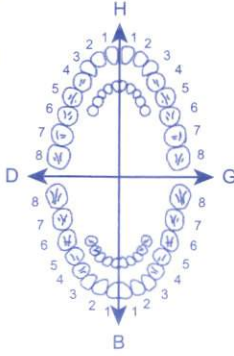
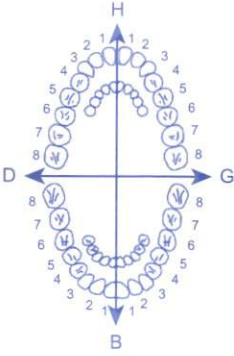
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/05/23	20 x	AMH2	=		4000,00 DH

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 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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

MLE 10094

Docteur Fouad BOUMAHDI

Spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation

Lauréat de l'Université René Descartes, Paris
Ancien Médecin Colonel, Hôpital Militaire Med V, Rabat
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplôme des Universités Paris VI, VII et XII en :

Posturologie Clinique et Instrumentale
Réadaptation Cardiaque et Musculaire à l'Effort
Médecine et Biologie du Sport, Traumatologie du Sport
Podologie Médicale, Appareillage Orthopédique
Médecine Orthopédique & Manuelle
Neurophysiologie & Urodynamique
Inscrit sous le N° 11 154 - NIP 091037835
ICE : 00 175 00 46 0000 77



Casablanca, le : 06/4/23

M. Kourto Khadija

- Vingt (20) Séances de rééducation
en kinésithérapie
- 3 Séances par semaine
- Entente compatible avec :
- Rachalgie globale rebelle
Chronique des dernières (>20 ans)
due à un trouble mineur de
la fonction du rachis inférieur
par la sévérité et maintenance
mauvaise posture

Cabinet Casa Anfa de Médecine Physique & Réadaptation (CCA-MPR)

12C - 12D, Rue Abou Hassan Al Achaari, Angle Bd. Anfa Commune de Sidi Belyoune, 20100 Casablanca, Maroc
Tél.: 00 212 5 22 27 68 85 / 00 212 762 16 04
E-mail : ccampr@gmail.com / drboumahdi@gmail.com

Cabinet Casa Anfa

Médecine Physique



Rééducation - Réadaptation

Objet : Devis des Soins de Rééducation en Kinésithérapie

Références Devis : 24/CCAMPR / 2023

Bénéficiaire / Destinataire : MME KOURTE KHADIJA**Médecin Prescripteur :** DR FOUAD BOUMAHDI**Motifs de la Prescription :** RACHIALGIE GLOBALE REBELLE

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
 campr@gmail.com www.ccampr.com

Détails de la Prescription	
Date de la Prescription	06/04/2023
Nature des Actes Prescrits	Séances de Kinésithérapie
Code Acte	AMM12
Nombre de Séances Prescrites	20 SEANCES
Prix Unitaire	200 dirhams
Rythme Hebdomadaire	3 fois par semaine
Nature de la Couverture Médicale (CNSS, CNOPS, AUTRES...)	MUPRAS

Arrêter le Présent Devis à la Somme de
QUATRE MILLE DIRHAMS (4000.00DH)

Fait à Casablanca

Le 06/04/ 2023

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
 campr@gmail.com www.ccampr.com

DOCTEUR FOUAD BOUMAHDI

Cabinet Casa Anfa

Médecine Physique



Rééducation - Réadaptation

Objet : Facture des Soins de Rééducation en Kinésithérapie

Références Facture : 47/CCAMPR / 2023

Bénéficiaire / Destinataire: MME KOURTE KHADIJA

Détails de la Prescription	
Nature des Actes Prescrits	Séances de Kinésithérapie
Code Acte	AMM12
Nombre de Séances Prescrites	20
Nombre de Séances Réalisées	20
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
4000.00DHS (QUATRE MILLE DIRHAMS)

Mode de Paiement
ESPECES

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

Fait à Casablanca

Le 30/05/ 2023

N° d'ordre	Date	Heure	Signature du Kiné
01	06/04/23	10h	
02	08/04/23	"	
03	11/04/23	"	
04	13/04/23	"	
05	15/04/23	"	
06	18/04/23	"	
07	20/04/23	"	
08	25/04/23	"	
09	27/04/23	"	
10	29/04/23	"	

Centre Casa Alfa de Médecine Physique
 Rééducation - Réadaptation - Eien Etre
 12 C.O. Rue Abou Hassan Ali Arhmani
 Bd. Alfa 20000 Casablanca
 Tél./Fax: 00(212)5 22 27 68 85
 camp@gmail.com/www.camp.ma

N° d'ordre	Date	Heure	Signature du Kiné
11	02/05/23	10h	
12	04/05/23	"	
13	06/05/23	"	
14	09/05/23	"	
15	11/05/23	"	
16	17/05/23	"	
17	19/05/23	"	
18	23/05/23	"	
19	25/05/23	"	
20	27/05/23	"	

Centre Casa Alfa de Médecine Physique
 Rééducation - Réadaptation - Eien Etre
 12 C.O. Rue Abou Hassan Ali Arhmani
 Bd. Alfa 20000 Casablanca
 Tél./Fax: 00(212)5 22 27 68 85
 camp@gmail.com/www.camp.ma

[illegible]

K

Nº

CARNET DE SOINS KINÉ

Nom : Karim

Prénom : Khadija

Date de création : 06/05/23

Tél.:

12C - 12D, Rue Abou Hassan Al Achaari, Angle Bd Anfa Commune de Sidi Belyoute
20000 Casablanca - Maroc

Tel : 00 212 5 22 27 68 85 / 00 212 762 16 04 41

Email : ccampr@gmail.com - www.ccampr.com