

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

M22- 0017226

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KOURT AHADIA

Date de naissance : 16/03/33

Adresse :

Tél. 0632 453092

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/23

Nom et prénom du malade : Khady

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 : DEBOU

Le : 03/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Docteur Fouad KOC
Spécialiste en Médecine F
et de Réadaptation
Boulevard Hassan Al A
Général - 20000

[illegible]

Montant de la Facture

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

IV

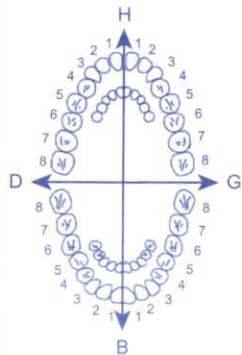
$$Z = 1000, \infty \text{ DH}$$

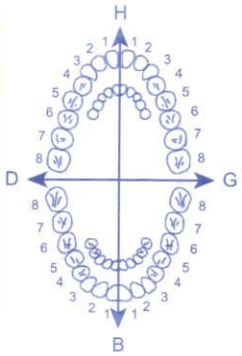
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|---|---|---|--|--|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 | | |
|-----------------|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

11433553

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR FOUAD BOUMAHDI

Cabinet Casa Anfa

Médecine Physique



Rééducation - Réadaptation

Objet : Devis des Soins de Rééducation en Kinésithérapie

Références Devis : 38/CCAMPR / 2023

Bénéficiaire / Destinataire : MME KOURTE KHADIJA

Médecin Prescripteur : DR FOUAD BOUMAHDI

Motifs de la Prescription : DORSALGIE

| Détails de la Prescription | |
|--|---------------------------|
| Date de la Prescription | 27/05/2023 |
| Nature des Actes Prescrits | Séances de Kinésithérapie |
| Code Acte | AMM12 |
| Nombre de Séances Prescrites | 05 SEANCES |
| Prix Unitaire | 200 dirhams |
| Rythme Hebdomadaire | 2 fois par semaine |
| Nature de la Couverture Médicale (CNSS, CNOPS, AUTRES...) | MUPRAS |

| |
|--|
| Arrêter le Présent Devis à la Somme de |
| MILLE DIRHAMS (1000.00DH) |

Fait à Casablanca

Le 27/05/ 2023

Centre Casa Anfa de Médecine Physique
Rééducation - Réadaptation - Bien Être
12 C-D, Rue Abou Hassan Al Achaari
Bord Anfa 20000 Casablanca - Maroc
Tel./Fax: 00(212)5 22 27 68 85
ccampr@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 : 55/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 | 05 |
| Nombre de Séances Réalisées | 05 |
| Prix Unitaire | 200DHS |
| Rythme Hebdomadaire | 2 FOIS PAR SEMAINE |
| Nature de la Couverture Médicale (CNSS, CNOPS, AUTRES...) | MUPRAS |

| |
|-----------------------------------|
| Arrêter la Présente à la Somme de |
| 1000.00DHS (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 09/06/ 2023

| N° d'ordre | Date | Heure | Signature du Kiné |
|------------|----------|-------|-------------------|
| 01 | 29/05/23 | gh | |
| 02 | 31/05/23 | h | |
| 03 | 02/05/23 | h | |
| 04 | 05/06/23 | h | |
| 05 | 09/06/23 | h | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Centre Casa Anna 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
 ccamp@gmail.com www.ccasana.com

| N° d'ordre | Date | Heure | Signature du Kiné |
|------------|------|-------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Centre Casa Anna 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
 ccamp@gmail.com www.ccasana.com

Réglement d'Avance ou Différé

| Date | Montant | Av | Di | Es | Ch | K |
|------|---------|----|----|----|----|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Cabinet Casa Anfa

| |
|---|
| K |
| |

Médecine Physique



Rééducation - Réadaptation

| |
|----|
| N° |
| |

CARNET DE SOINS KINÉ *o plaminy*

Nom : *Korte*

Prénom : *Khadija*

Date de création :

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