

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

M23-0028522

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5127** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre : **179290**
 Nom & Prénom : **LAHRACH HAÏMA**
 Date de naissance : **13.08.1952**
 Adresse : **120, rue Abou Abdillah Nafir MAARIF CASA**
 Tél. : **06.61.4651.10** Total des frais engagés : **3300,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin prescripteur **Fouad BOUMAHDI**

**Spécialiste en Médecine Physique
et de Réadaptation**
Université René Descartes, Paris
Université de l'Université René Descartes, Paris
12 C.D, Rue Abou Hassan Al Achouri
Casablanca - Maroc
Anée 2000 C. Casablanca 27 83 85

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/11/2023**

Nom et prénom du malade : **LAHRACH HAÏMA** Age : **71**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Cyste dermique**

Affection longue durée ou chronique ALD ALC Pathologie : **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 : **casablanca**

Le : **11/12/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **LAHRACH HAÏMA**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient
-----------------	-------------------	-----------------------

FRAIS ET HONORAIRES	
Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Acces
<i>Gratuit</i>	 <i>Dr. M. A. A. Al Ahdal</i> <i>Spécialiste en Médecine et en Radiostation</i> <i>Faculté de l'Université Saint Jean-Baptiste</i> <i>CC. Bld. 2000C 2 Hassan Al Ahdal</i> <i>Tel/Fax: 002123 22 27 68</i>
DES ORDONNANCES	

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

late de

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

• RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: upper central incisors (1, 2), upper lateral incisors (3, 4), upper canines (5, 6), upper molars (7, 8), lower central incisors (1, 2), lower lateral incisors (3, 4), lower canines (5, 6), and lower molars (7, 8). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'P' at the bottom right.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 - INPE 091037853
ICE : 00 175 00 46 0000 77



Casablanca, le :

13/10/23

Ch. L'ADOLESCENCE

- Vingt (20) ans de recherche en kinesiologie
- 344 séances par personne
- Probable Capitaliste ?
- Capitaliste
- Seine et Marne
- Cophore des Etats
- discapacité

Cabinet Casa Anfa de Médecine Physique & Réadaptation (CCAMP)

12C - 12D, Rue Abou Hassan Al Achaari, Angle Bd. Anfa Commune de Sidi Bel Abbès 20180 Casablanca, Maroc

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

E-mail : ccampr@gmail.com / drboumahdif@gmail.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 LAHRAICH NAIMA

Détails de la Prescription	
Nature des Actes Prescrits	Séances de Kinésithérapie
Code Acte	AMM12
Nombre de Séances Prescrites	20
Nombre de Séances Réalisées	15
Prix Unitaire	200DHS
Rythme Hebdomadaire	3 A 4 FOIS PAR SEMAINE
Nature de la Couverture Médicale (CNSS, CNOPS, AUTRES...)	MUPRAS

Arrêter la Présente à la Somme de
3000.00DHS (TROIS MILLE DIRHAMS)

Mode de Paiement

ESPECES

Fait à Casablanca

Le 07/12/2023

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
ccampr@gmail.com / www.ccampr.com

Réglément 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

Nom : Lahla

Prénom : Naima

Date de création : 00/00/00

Tél.:

Calendrier
des séances :

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

N° d'ordre	Date	Heure	Signature du Kiné
01	80/10/23	10h	
02	01/11/23	~	
03	03/11/23	~	
04	14/11/23	~	
05	16/11/23	~	
06	20/11/23	~	
07	21/11/23	~	
08	24/11/23	~	
09	27/11/23	~	
10	29/11/23	~	

Centre Casa Anta de Médecine Physique
 Rééducation - Santé - Sport - Réadaptation
 12 C.D. A.I.M. - Casablanca - Hassan 4 / Achaari
 Bd A. Ben Haddou - Casablanca - Hassan 4 / Achaari
 Tél. / fax. 00(212)52276885
 ccampr@gmail.com www.ccampr.com

N° d'ordre	Date	Heure	Signature du Kiné
11	30/11/23	10h	
12	02/12/23	~	
13	04/12/23	~	
14	06/12/23	~	
15	07/12/23	~	

Règle

Centre Casa Anta de Médecine Physique
 Rééducation - Santé - Sport - Réadaptation
 12 C.D. A.I.M. - Casablanca - Hassan 4 / Achaari
 Bd A. Ben Haddou - Casablanca - Hassan 4 / Achaari
 Tél. / fax. 00(212)52276885
 ccampr@gmail.com www.ccampr.com