

## 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 :

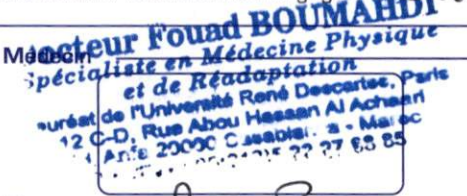
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5127 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHRACH NAÏMA 179/90  
Date de naissance : 13.08.1952  
Adresse : 120, rue Abu Abdillah Nafi MAARIF CASA  
Tél : 0661465110 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 13/12/2023  
Nom et prénom du malade : LAHRACH NAÏMA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cyphose dorsale / Sclérose latérale amyotrophique  
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 : Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) : Le 11/12/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes

## 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

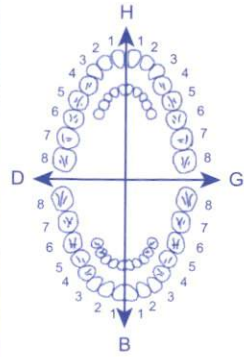
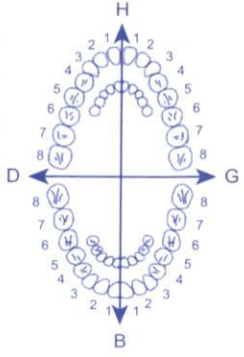
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/12/23	15	X	AM	12	= 200 x 15 = 3000,00 DH

## 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>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>B</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																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# 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

Je LAUREAT de N en ml

- VINGT (2) Feuille de rééducation en kinésithérapie
- 3 à 4 séances par semaine
- Prothèse Gouttière
- Rééducation Jui G. H. S. S.
- Soins kinésithérapeutiques
- Cyphose dorsale
- Dysgraphie

Cabinet Casa Anfa de Médecine Physique & Réadaptation (CCAMPR)

12C - 12D, Rue Abou Hassan Al Achaari, Angle Bd. Anfa Commune de Sidi Oujda 20180 Casablanca, Maroc  
Tél.: 00 212 5 22 27 68 85 / 00 212 762 16 05 41  
E-mail : ccampr@gmail.com / drboumahdi@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

[illegible]

K

Nº

## CARNET DE SOINS KINÉ

Nom : lgk lach

Prénom : Waima

Date de création : 20/10/23

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 : [ccamp@ccamp.com](mailto:ccamp@ccamp.com) - [www.ccamp.com](http://www.ccamp.com)

N° d'ordre	Date	Heure	Signature du Kiné
01	20/10/23	10h	
02	01/11/23	~	
03	03/11/23	~	
04	14/11/23	~	
05	16/11/23	~	
06	20/11/23	~	
07	22/11/23	~	
08	24/11/23	~	
09	27/11/23	~	
10	29/11/23	~	

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