

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, parodontologie 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-669913

125681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **0929** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **RAM**

Nom & Prénom : **HOUMMOU KHADIJA**

Date de naissance : **1950**

Adresse : **06 62 28 42 42**

Tél. : **06 62 28 42 42** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Fatima BELLAMY
O. R. L.
21, Place Charles Nicot
(Face Institut Pasteur)
Tél. 48.36.80 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : **20/08/2022**

Nom et prénom du malade : **HOUMMOU KHADIJA** Age :

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

Nature de la maladie : **hypertension**

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
09.05.77	CS		3000 Ft	INF : 091019273 Docteur FELINE BELLAMY D. R. L. Place Charles Nicol 48.36.80 - Casablanca
			14000 Ft	
			7000 Ft	

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
La 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

O.R.L.

إختصاصية في أمراض
الأذن - الأنف - الحنجرة

21, Place Pasteur - 2ème Étage N° 8
(Face Institut Pasteur) Casablanca
Tél. : 0522 48 36 80

إقامة باستور، 21 ساحة لويس باستور الطابق الثاني
رقم 8 حي المستشفيات الدار البيضاء
الهاتف : 0522 48 36 80

Casablanca, le : 09.08.2022 : الدار البيضاء في :

Certificat medical

Je soussignée Dr Bellamy
Certifie que Mme Housseine
Khadija présente une
surdité bilatérale qui nécessite
un appareillage auditif
de deux oreilles.



Docteur Fatima BELLAMY
O. R. L.
21, Place Charles Nicot
(Face Institut Pasteur)
Tél. 48.36.80 - Casablanca

DOCTEUR FATIMA BELLAMY
SPECIALSTE EN O.R.L

21 Place louis pasteur
2ème étage N°8(Face Institut Pasteur)
TEL : 0522/48/36/80

Casa : 09/08/22

NOTE D'HONORAIRES

MME MOUMMOU KHADIJA

CONSULTATION: 300DH

AUDIOGRAMME :400dh

Totale :700DH

Docteur Fatima BELLAM
O. R. L.
21, Place Charles Nico
(Face Institut Pasteur)
Tél. 48.36.80 - Casablanca

128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom William Prénom Victor

Age Profession

Adresse.....

Date 04.08.2022

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Docteur Fatima BELLAMY
O. R. L.
27, Place Charles Nicot
Face Institut Pasteur
Tel. 48.36.80 - Casablanca

Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :

Subject Data Printout

Id No.: _____ Date: 09.08.2027

Sex: _____ Age: _____

Name: Floumen Khadija

Address: _____

City: _____

State: _____

Country: _____

Phone: _____

E-mail: _____

Examiner: _____

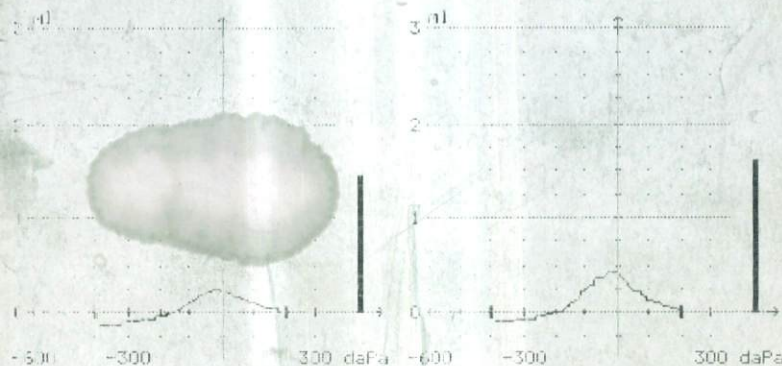
Remarks: _____

Docteur Fatima BELLAM
O. R. L.
21, Place Charles Nicu
(Face Institut Pasteur)
Tel. 43.36.80 - Casablanca

Tympanogram

Right

Left



Reflex

Right

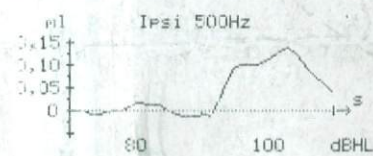
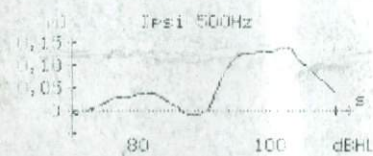
Left

Pressure -17 daPa

Pressure -17 daPa

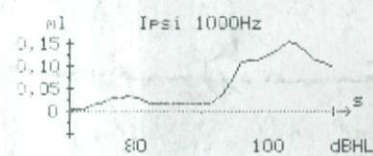
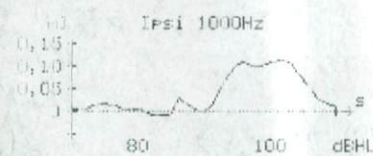
Sequence

Sequence



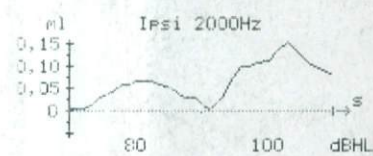
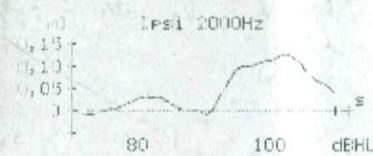
Sequence

Sequence



Sequence

Sequence



Sequence

Sequence

