

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Hor
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

N° W21-809287

170872

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5424 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAARAKI CHARAF EDDINE
 Date de naissance : 14/01/1958
 Adresse : 25 Impasse Ain Assendoune, Hay Salam
 Casablanca
 Tél. : 0662246389 Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02 - 10/08/2023
 Nom et prénom du malade : LAARAKI CHARAF EDDINE Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Acomplissement hyperopie
 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 : 02 / 08 / 23
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Docteur Fatima BELLAM
O. R. L.
 21, Place Charles Nicot

Autorisation CNDP N° : A-A-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 Paiement des Actes
02.08.73	G	Kuo	300 DA	INF : 09101927
		Audié	400 DA	Docteur FRIAN BELLAH
		8 autres	= 700 DA	21, Place Charles Nicot (Ecole Institut Pasteur)

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

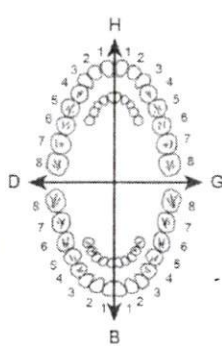
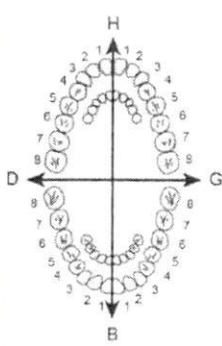
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatima BELLAMY

الدكتورة فاطمة بلامي

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 : : الدار البيضاء في

02/08/2023

NOTE D'HONORAIRES

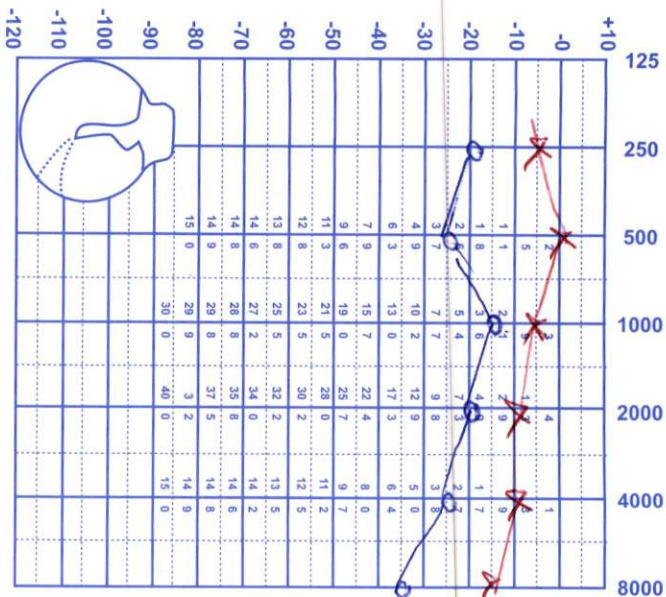
MR LAMRIKI CHARAF-EDDINE

COSULTATION: 300DH

AUDIOGRAMME : 400DH

TOTALE : 700DH

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

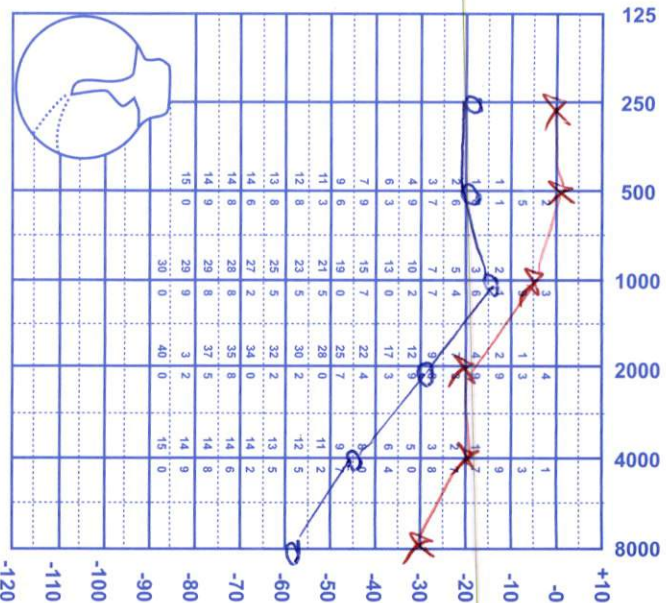


1 - 0.4

PERTE AUDITIVE	
O.D.	O.G.
500	
1000	
2000	
4000	
Totaux	

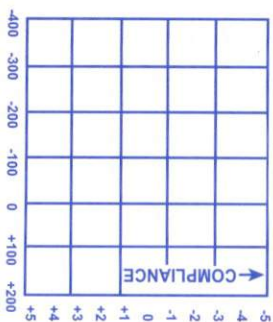
BOX 7 =
MOX 7 =

Total Perte Binaurale en %	8
----------------------------	---

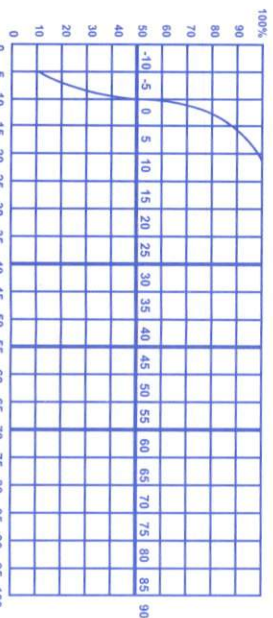


Bing

TYMPANOMETRE OD

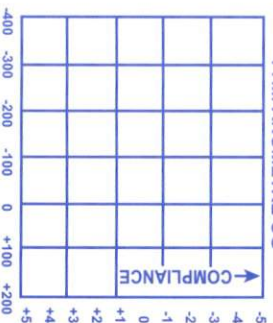


Bing

 V_{pp} V_{mf} V_{ff} 
$$\text{I.C.A.} = + + = \frac{3}{3} =$$

Bing

TYMPANOMETRE OG



128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom ALI HUSSEIN Prénom Charles

Age Profession

Adresse.....

Date 08.08.2023

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Docteur Fernand BELLAMY
O. F. L.
26, Place Charles Nicot
(Face Institut Pasteur)
Tél. 48.38.80 - Casablanca

Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :

Subject Data Printout

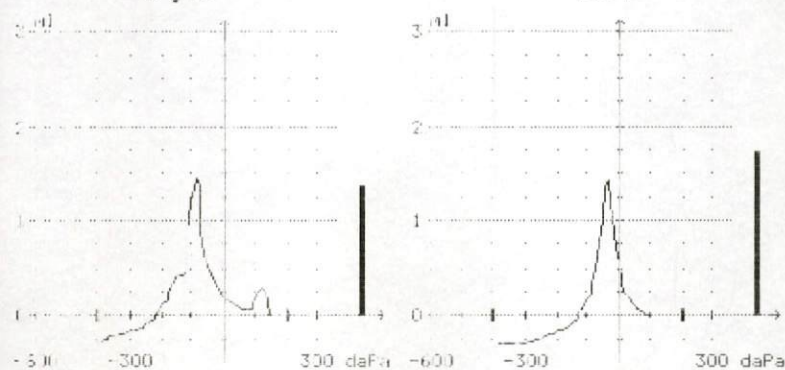
Id No.: _____ Date: **02.08.2023**
 Sex: _____ Age: _____
 Name: **Ramraki Charaf-Eddine**
 Address: _____
 City: _____
 State: _____
 Country: _____
 Phone: _____
 E-mail: _____
 Examiner: _____
 Remarks: _____

Docteur Fatima BELLAMY
O. R. L.
21, Place Charles Nicot
(Face Institut Pasteur)
Tel. 46.36.50 - Casablanca

Tympanogram

Right

Left



Ear Volume 1.38 ml
 Compliance 1.46 ml
 Pressure -90 daPa
 Gradient 1.02 ml

Ear Volume 1.74 ml
 Compliance 1.43 ml
 Pressure -33 daPa
 Gradient 1.10 ml

Reflex

Right

Left

Pressure -90 daPa

Pressure -33 daPa

