

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

- 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.

N° W21-809287

170872

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 5121 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAARIKI CHRAF EDDINE

Date de naissance : 14/06/1957

Adresse : 55, Impasse Aim Assendane, Hay Salam
Casablanca

Tél. : 0661216389 Total des frais engagés : 700 Dhs

Docteur Fatima BELLAH

O. R. L.
21, Place Charles Nicet
(Face Institut Pasteur)
+212 46.36.80 - Casablanca

Cachet du médecin:

Date de consultation : 02-08-2023

Nom et prénom du malade : Laroui Ben Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A Complexity 60% polyarthrite

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 : 02/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Fatima BELLAH
O. R. L.
21, Place Charles Nicet

RELEVE 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
02.08.23	G Anest.	740. Anest.	300 DT 6400 DT = 700 DT	INP : 091019817 Docteur Fatima BELLAM 08.08.23. 21, Place Charles Nicolle (Face Institut Pasteur)

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF.

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 :
02/08/2023 الدار البيضاء في :

NOTE D'HONORAIRES

MR LAMRIKI CHARAF-EDDINE

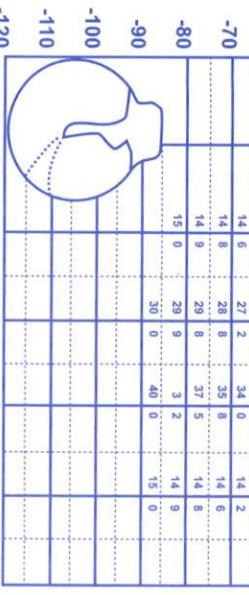
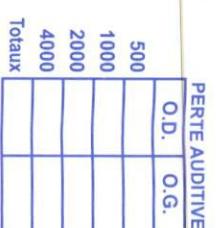
COSULTATION: 300DH

AUDIOGRAMME : 400DH

TOTALE : 700DH

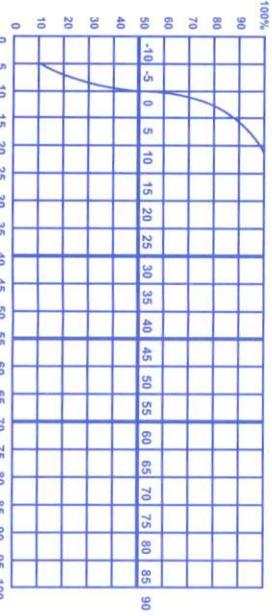
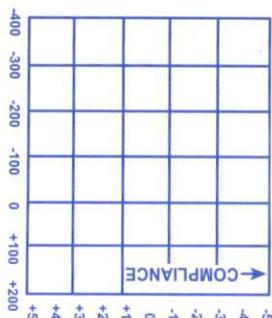
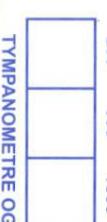
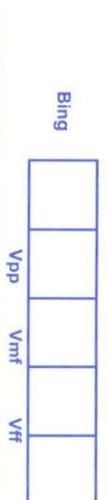
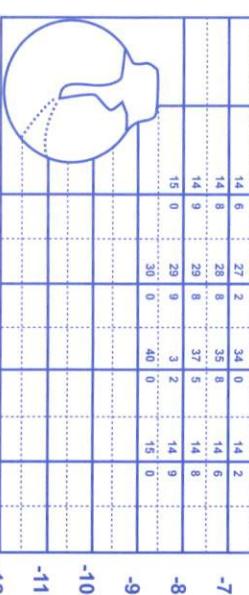
Docteur Fatima BELLAMY
O. R. L.
21, Place Charles Allal
(Face Institut Pasteur)
Tel. 48.36.80 - Casablanca

- CO TADS



BO X 7 =
MO X 7 =

Total
Perte
Binaurale
en %



$$I.C.A. = + + + = \frac{3}{3} =$$

128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom Laurélie Prénom Pascale

Age _____ Profession _____

Adresse.....

Date 08.08.2023.

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Docteur Farina BELLAMI
O. R. L.
~~24, Place Charles Nico
(Face Institut Pasteur
Tel. 48.36.80 - Casablanca~~

Traitements chirurgicaux

Date:

Côté

Type de l'intervention :

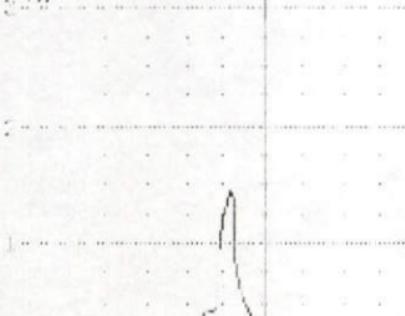
Subject Data Printout

ID No.: _____ Date: 02.08.2023
 Sex: _____ Age: _____
 Name: Lauriki Baraf-eddine
 Address: _____
 City: _____
 State: _____
 Country: _____
 Phone: _____
 Email: _____
 Examiner: _____
 Remarks: _____

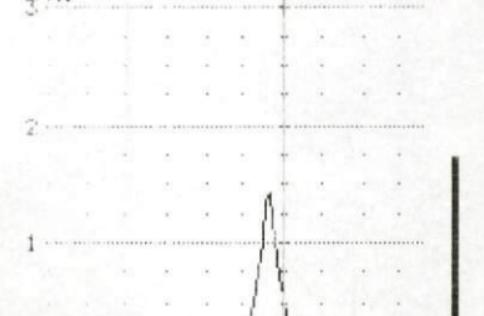
*Doktor Fatima BELLAMY
 O. P. I.
 21, Place Charles Nicet
 (Face Institut Pasteur)
 Tel. 48.36.50 - Casablanca*

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

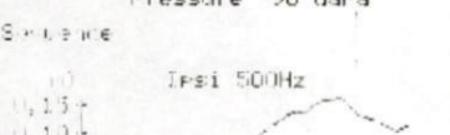
Pressure -33 daPa

Gradient 1.10 ml

Reflex

Right

Pressure -90 daPa



Left

Pressure -33 daPa

Sequence

