

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-411916

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN BELAID Dounia
 Date de naissance : 21.06.1975
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0662771538 Total des frais engagés : 514,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : BEN BELAID Dounia Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sinusite
 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 : 17/07/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

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 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
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

15/04/19

314,50

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

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.

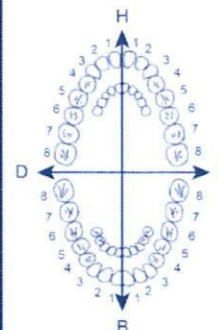
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



Consultation D4

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D4

MONTANTS DES SOINS

200²⁴

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

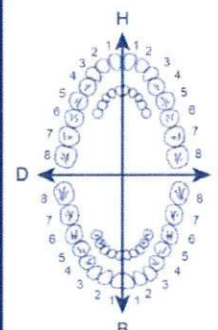
15 6 19

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Soumia AM
Docteur d'Etat en Médecine Dentaire
150 Bd. Bourgois - Casablanca
Tél. 05 22 20 35 20

Dr. Soumia AMOR

Docteur d'Etat en Médecine Dentaire
Lauréate de la Faculté de Médecine
Dentaire de Monastir

Diplômée en Homéopathie
et en Médecines alternatives



الدكتورة سومية عمور

دكتورة في طب و جراحة الأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بمنستير

إختصاصية في الطب المثلي

و الطب البديل

Pe 15.6.2019

Amé Bourgoigne Dounia

18,50x4



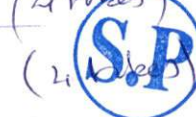
Poumon histamine 15^{ca}

(4 tubes)

15^{ca}

Blatta orientalis 15^{ca}

15^{ca}



18,50x4

3 granules matin

et soir de chacun

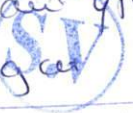
18,50



Nux Vomica 15^{ca}

3 granules au rythme des étournements

Sabadilla 15^{ca}

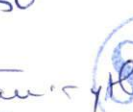


18,50



3 granules au rythme des démangeaisons de la gorge

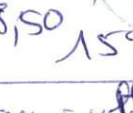
18,50



Apis 15^{ca}

3 granules au rythme des rougeurs qui brûlent

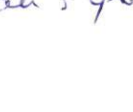
18,50



Allium Cepa 15^{ca}

3 granules au rythme des nez qui coulent + yeux qui larmoient.

18,50



I.C.E.: 001663576000074

إقامة فراس جاسم 150 - شارع بوركون - الدار البيضاء - 150, Bd de Bourgogne - Casablanca

الهاتف: 05 22 26 20 02 Tél.: الفاكس: 05 22 20 35 20 Fax.:

18,50 x 3.
Tencium sur (3 tubes)
 3 grammes S.V. / S.P.

18,50 x 2
thuya gc (2 tubes)
 12 grammes S.V. / S.P. / semaine

314,50



الدكتورة سومية عمرو
 Dr Soumia AMOUD
 Docteur d'Etat en Médecine Dentaire
 150 Bd. Bourgoine Res. Jassim Casa
 Tel. 0522 26 20 12 - 0522 26 30 20

(Ferrum metallicum sur
 3 grammes matin pdr 2 mes
 et soir)