

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008785

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

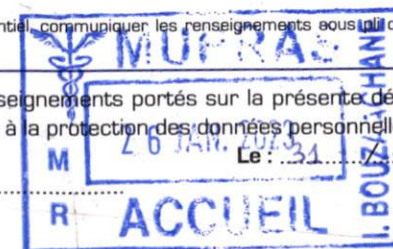
Matricule : 6088 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZINE SAÏDA
 Date de naissance : 14/06/2011
 Adresse :
 Tél. : 0661321693 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN Houda
 263, Angle Abd el Moumen et Rue Pasteur
 Imm. F Appl N° 1 INCE-051200788
 Tél: 0520 185964 / 0701311233
 Date de consultation : 31 / 12 / 2022
 Nom et prénom du malade : ZINE SAÏDA Age: 69
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Affection Polyvalente
 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 : 31 / 12 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08785

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
31/12/22	Consultation		200	Dr. BENJELLOUN FOUAD 263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasteur Im. 7 Appt. N°1 ANDE 081239788 Tél: 0520 16 53 66 / 0701 31 12 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JAWHARA S. EL HABIB Dr. en Pharmacie 22, Rue Lamenais France - Ville Tél et Fax : 000 00 00 00 - CASABLANCA	31/12/22	1029,90

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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 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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Dr BENJELLOUN Houda

Médecine générale

DU de diabétologie et de nutrition
de l'université de bordeaux

Échographie - ECG

Suivi de grossesse
cupping thérapie

Visite médical pour permis
de conduire



ORDONNANCE

الدكتورة بن جلون هدى
الطب العام

حاصلة على دبلوم جامعي في أمراض
السكري و التغذية كلية الطب ببوردو
الفحص بالصدى - تخطيط القلب
تتبع الحمل
الحجامة الطبية
الفحص الطبي لرخصة السياقة

Date: 31/12/2024

Ne Zine Soudo

PHARMACIE JAWHAR
S. BELLIABIB
DR. en Pharmacie
Rue Lamartine - France - Ville II
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier
Tél: 05 20 16 59 56

39,00

45,00

56,60

296,00

35,70

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

1029,90

Glucose 10 mg

2 cp x 24

Glucose 10 mg

2 cp x 24

Stilnox

2 cp x 24

Stilnox

2 cp x 24

Stilnox

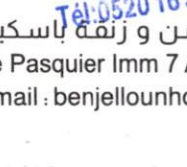
2 cp x 24

Stilnox

2 cp x 24

Stilnox

2 cp x 24



Pharmacie Jawhar
S. BELLIABIB
DR. en Pharmacie
Rue Lamartine - France - Ville II
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier
Tél: 05 20 16 59 56

Dr. BENJELLOUN Houda
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier
Imm. 7 Appt. N°1 - INPE: 091259788

Tél: 05 20 16 59 56 / 07 01 31 12 33

263, زاوية شارع عبد المومن و زقة باسكي عمارة رقم 7 شقة رقم 1
263, Angle Abdelmoumen et rue Pasquier Imm 7 Appt N°1. Tél.: 05 20 16 59 56

En cas d'urgence : 07 01 31 12 33 / E-mail : benjellounhouda87@gmail.com / INPE 091259788

1 - Uvedol
1 ampoule toutes les 15j pmt
1 mois puis 1 ampoule tous les
2 mois pendant 1 an

Dr. BENJELLOUN Houda
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier
Imm. 7 Appt. N°1 - INPE: 091259788
Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33

- Fidex
1 an

Dr. BENJELLOUN Houda
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier
Imm. 7 Appt. N°1 - INPE: 091259788
Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33

LOT : 21E006
PER : 09 2025
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Stilnox
Tartrate de zolpidem 10mg
20 comprimés pelliculés sécables

LOT : 22E002
PER : 01 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Stilnox
Tartrate de zolpidem 10mg
20 comprimés pelliculés sécables

LOT : 21E006
PER : 09 2025
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Stilnox
Tartrate de zolpidem 10mg
20 comprimés pelliculés sécables

LOT : 21E006
PER : 09 2025
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Stilnox
Tartrate de zolpidem 10mg
20 comprimés pelliculés sécables

LOT : 22E002
PER : 01 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Stilnox
Tartrate de zolpidem 10mg
20 comprimés pelliculés sécables

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
ppv : 390 DH
6118001031030

سجل
100 -
سجل
09

SYNTHEMEDIC
22 rue du Docteur Bouché
BOULEVARD
SEROQUEL
100mg
Boite de 60
P.P.V : 276,00 DH
6 118001 021307