

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

N° M20- 0008785

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6088** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZINE SAIDA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661321693** Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. BENJELLOUN Houda**  
263, Angle Allée 6ème et Rue Paquier  
Immeuble APPN N° 1 INDÉ: 091065768  
Tel: 0520.859.867/0701311233

Date de consultation : **31 / 12 / 2022**

Nom et prénom du malade : **ZINE SAIDA**

Age : **69**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Débat**

**Maladie Polyarthrite**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

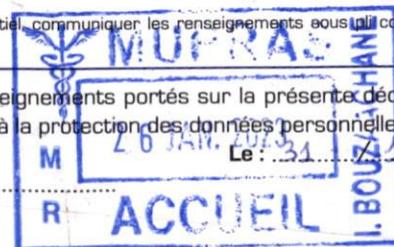
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **31 / 12 / 2022**

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHÉRENT

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 :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Meilleur attestant le Paiement des Actes
31/12/2022	Consultation		200	Dr. BENJELLOUN HOUSSSEY 283, Angle Abdeslam et Al Houcine Imm. 7 Apt. N° 1015-081239788 Tél: 0520 165956 / 0701311233

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE JAWHARA</b> S. BOUTIABIB D'un Pharmacie 22, Rue Lamenais France - Ville Tél et Fax: 05 53 00 21 21 - 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
		A M	P C	I M	I V	

#### VOLET ADHÉRENT

20580

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	Coefficient des travaux
D		21433552 00000000 11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

## g. Suivi de grossesse

## cupping thérapie

## Visite médical pour permis de conduire



## ORDONNANCE

الدكتورة بن جلون هدى  
الطب العام

الطب العام

حاصلة على دبلوم جامعي في أمراض

لسكري والتغدية كلية الطب بيوردو

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

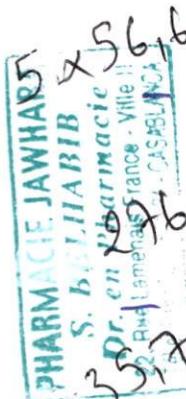
### تشييع الحمل

## الحجامة الطبية

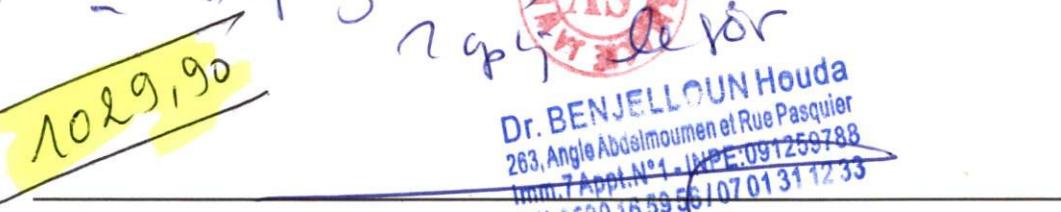
## الفحص الطبي لرخصة السيارة

McZone Ende

Date : 31/12/2022



1029,90



Dr. BENJELLOUN Houda  
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier  
Tunis, 7 April N°1 - IMPE 09725978  
Tél. 33 56 107 01 31 12 3

263. زاوية شارع عبد المومن و زنقة باسكي عماره 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 : beniellounhouda87@gmail.com / INPE 091259788

1 Uvedol  
1 ampoule toutes les 15j soit  
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

Friseuses  
1 apprx 2L

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

PER : 09/2025  
LOT : 01  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

PER : 01/2026  
LOT : 02  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

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

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

PER : 01/2026  
LOT : 02  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

**Stilnox**  
Tartrate de zolpidem 10mg  
20 comprimés pelliculés sécables

**Stilnox**  
Tartrate de zolpidem 10mg  
20 comprimés pelliculés sécables

**Stilnox**  
Tartrate de zolpidem 10mg  
20 comprimés pelliculés sécables

**Stilnox**  
Tartrate de zolpidem 10mg  
20 comprimés pelliculés sécables

**Stilnox**  
Tartrate de zolpidem 10mg  
20 comprimés pelliculés sécables

**Glucophage®** 850mg  
60 Comprimés pelliculés  
6 118000 080640

جی ۹۰  
عشر  
۱۰۰  
جی ۹۰

6 118001 021307  
38916DPI21NPF P.P.V : 276000H  
Boîte de 60 comprimés.  
100mg  
SEROQUEL  
SYNTHÉTIC  
O

**Galvus®** 50 mg  
Boîte de 60 comprimés.  
PPV : 390 DH  
6 118001 031030