

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

M22- 0018051

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6088 Société : 146766

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZINE SAIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661321693 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. BENJELLOUN Houda

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : Zine Saida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0018051

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 :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Cachet et signature du Membre
attestant la Parlement des Adhes

Dr. BENBELLOUM Houda
263, Angle Abdelmoumen et R. 11
Imm. 7 Appartement 1 - INPE: 091259788
Tél: 0520 16 53 56 / 07 01 31 12 33

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		2827,20

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur


PHARMACIE JAWHARA
S. BELHARIR
Dr. en Pharmacie
22, Rue Lamenais France - Ville !
Tél et Fax : 022 98 90 34 - CASABLANCO

PHARMACIE BELHABIB
23 RUE CAMBENNETS
FRENCH VILLI II - CASA
J. 22. 00. 34-CASA

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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	

[illegible]

Cachet et signature du Praticien	
	

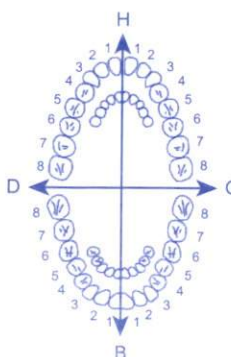
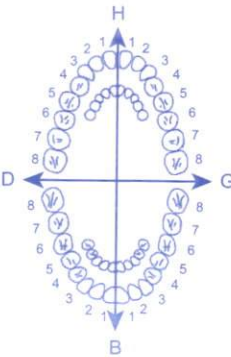
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

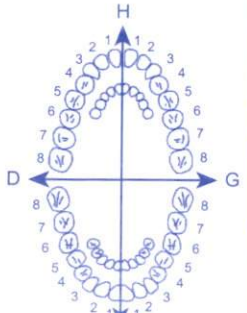
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

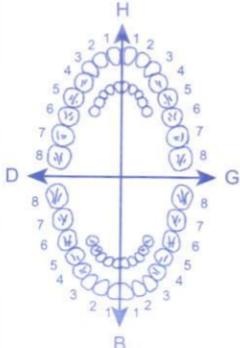
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
			
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

G

B

00000000

35533411

00000000

11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Cœfficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

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

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 القيادة

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

14 Zine Sarda

3x390,00

Glucosamine

1 cp x 2T

1030 min

3x45,20

glucosamine 500 mg

1 cp x 2T

1030 min

82,10

Inexim 20 mg

3x97,60

1 gélule matin

Zealop 20 mg

1 cp 15 le soir

1030 min

35,70

Alprol 9 mg

1 cp

le soir

3x276,00

Siroquel 10 mg

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

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

PHARMACIE JAWHARA
S. BELLAHIBIB
Dr. en Pharmacie
22, Rue Lamenais France - 93011
Tél: 01 47 00 00 00 - CASSELANCA

263, زاوية شارع عبد المومن و زنقة 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

5x56160

Stilnox long
141)



Le soir (3mas)

2827, 20

Dr. BENJELLOUN Houda
263, Angle Abdelmeoumen et Rue Pasquier
Imm. 7 Appl. N° 1 - INPE: 091259788
Tél: 0520 16 53 56 / 07 01 31 12 33

PHARMACIE JAWHARA
S. BELHABIB
Dr. en Pharmacie
22, Rue Lamenais France - Ville I
Tél et Fax : 022 98.00.34 - CASABLANCA

