

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0018051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6088 Société :

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : ZINE SAIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661321693 Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENJELLOUN Houda  
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier  
Imme. 7 Apt N°1 - TÉL: 091259788  
Abdelmoumen et Rue Pasquier  
TÉL: 091259788  
091259788  
091259788

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Tel: 0522227818 Saida Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHÉRENT

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 :

## **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 Rendement des Actes
2021/07/28 Angle Abdelmeumen et Rue Pasquier Imm.7 Appk. N°4 - INPE : 091259788 Tél: 0520 165956 / 0701311233	Houcine Henda		100	Dr. BENTELLOUH Henda 263, Angle Abdelmeumen et Rue Pasquier Imm.7 Appk. N°4 - INPE : 091259788 Tél: 0520 165956 / 0701311233

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE JAWHARA S. BELHABIB D. EN PHARMACIE 22, Rue Lamenais France - Ville Casablanca Télé et Fax : 022 98.00.34 - CASABLANCA</p>	27/10/22	2827.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 ADHERENT

\* 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

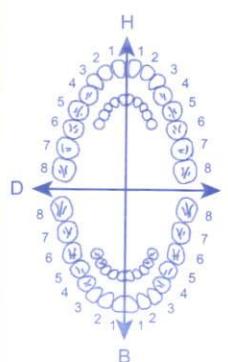
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# 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



# الدكتورة بن جلون هدى الطب العام

حاصلة على دبلوم جامعي في أمراض

السكري والتغذية كلية الطب بيوردو

الفحص بالصدى - تحفيظ القلب

تبسيط الحمل

الحجامة الطبية

الفحص الطبي لرخصة السياقة

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

## ORDONNANCE

74 Zine Saïda

3x 390,00

- Odurels 70 mg



1 cp x 24

3x 45,20

- Glucophage



1 cp x 24

82,10

- Dexim 20 mg



3x 97,60

- Zeslep 20 mg

1 cp x 15 le soir



35,70

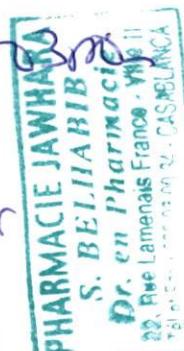
- Alpraz 0,5 mg



3x 276,00

- Siroquel 10 mg

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



.زاوية شارع عبد المؤمن و زنقة باسكنى 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 : behjellounhouda87@gmail.com / INPE 091259788

5x56160

Stilnox 6mg  
141)



(3mas)

Dr. BENJELLOUN Houda  
263, Angle Abdeslam et Rue Pasquier  
Imm. 7 April N° 1, INPE: 091259788  
Tél. 020 10 56 07 01 31 12 33

2827,20

**PHARMACIE JAWHARA**  
S. BELHABIB  
Dr. en Pharmacie  
22, Rue Lamenais France - Ville 1  
Tél et Fax : 022 98 00 34 - CASABLANCA

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

30 DH

(390,00)

VUS® 50 mg

Vildagliptine

Glucoophage® 850 mg  
60 Comprimés pelliculés

LOT 221259  
EXP 09/2027  
PPV 45.20 DH

Glucoophage® 850 mg  
60 Comprimés pelliculés

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60

Glucoophage® 850 mg  
60 Comprimés pelliculés

45,20

Redlip® 20 mg

30 Comprimés pelliculés

420286

20 mg

INexium®  
ésoméprazole

20 mg  
Cp GR.  
Boîte de 14  
64015DMP/21/INSF P.P.V : 82,10 DH  
6 118001 020591

Redlip® 20 mg  
30 Comprimés pelliculés

611800

37,60

Redlip® 20 mg  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 420286

37,60

Seroquel  
Quetiapine 100 mg

100mg  
Boîte de 30  
269/16 DMP/21/INSF P.P.V : 276,00 DH  
6 118001 021307

Seroquel  
Quetiapine 100 mg

سر و  
كتابين 276,00  
100 mg  
60 قرص ملمسة

Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

6 118000 020530

EXP 04-2025  
PPV 35.70

Stilnox  
Tartrate de zolpidem  
20 comprimés pelliculés sécables

56DH60

6 118000 061465

UP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

6 118000 061465

ilnox  
Tartrate de zolpidem  
20 comprimés pelliculés sécables

56DH60

6 118000 061465

UP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

6 118000 061465

20 comprimés  
56DH60

6 118000 061465

UP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

6 118000 061465