

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Declaration de Maladie

N° W21-808013

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380 Société : AB

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AB

Nom & Prénom : TOUJLE REDA

Date de naissance : 01/12/1976

Adresse : 4, Rue Ibnou Kafa, 20120, Ras RANIAZ

APF N° 15 CASA

Tél. : 0661132653 Total des frais engagés : 189 362

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 25/12/2023

Nom et prénom du malade : TOUJLE REDA Age : 47

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

Nature de la maladie : Ischémie - Coronarienne

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 25/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 Praticien attestant le Bon point de l'acte
25/12/2023	Consultation		200	DR. BENJELLOUN Houda 263, Angle Abdelmoumen et rue Pasteur Imm. 7 Appt. N°1 - INPE 0942597 Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FACULTES DR. L. BABI Boulevard Mly Dine 0522 86 23 01 - Fax 0522 86 02 35	25/12/23	1215,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

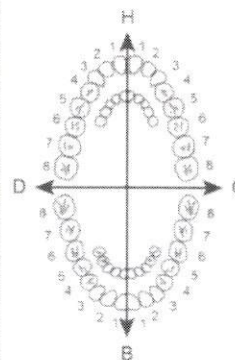
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

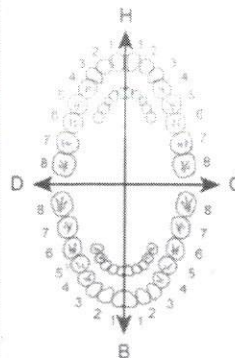
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

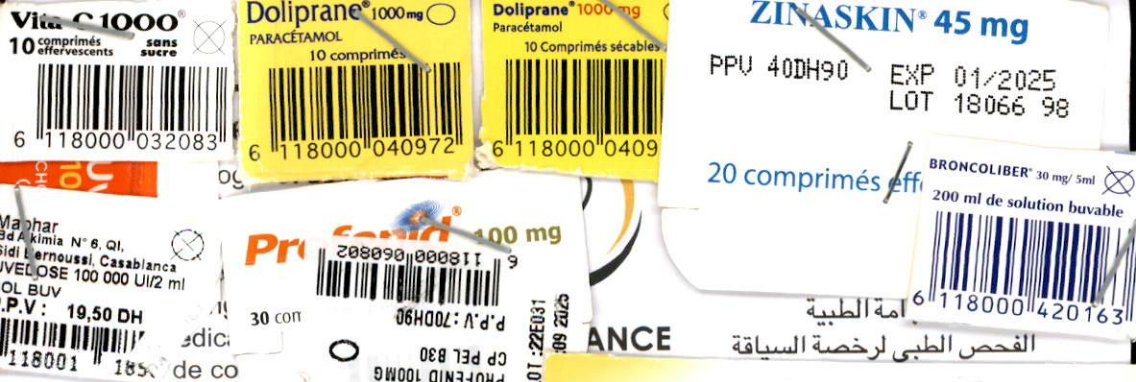
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



D-Stress

FILLE TOUÏLE DINA

- 15,30
x2
14,00
- Vita c 1000 sans sucre - comprimé effervescent
1 Comprimé / j pendant 15 j
 - Doliprane 1g - comprimé sécable
1 cp ttes les 6h
 - Zinaskin 45 mg - comprimé effervescent
1 Comprimé par jour 15 j
 - Uvedose
une ampoule en prise unique
 - D stress - Comprimé
1 Comprimé, matin, midi et soir
 - Prodefen - sachet
1 sachet, matin, pendant 2 mois
 - Profenid 100 mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, soir
 - Neofortan 160 mg - comprimé effervescent
1 Comprimé, matin, midi, soir
- 40,90
19,50
89,00
59,00 x 6
70,90
58,80

Dr. BENJELLOUN Houda

263, Angle Abdelmoumen et Rue Basquiat

263, زاوية شائع وبنو عبدالمومن وشارع باسكيات
263, Angle Abdelmoumen et rue Pasquier Imprimé 7 Appl N° INPE 091259788
05 20 16 59 56

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

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 كنية الطب ببوردو

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

تتبع الحمل

الحجامة الطبية

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Date : 25/12/2023

FILLE TOUILE DINA

51,00

- Broncoliber 30 mg / 5 ml - solution buvable

1 dose, matin, midi, soir

64,10 x2

- Aximycine 1g - comprimé dispersible

1 Comprimé, matin, midi, soir 8 j

79,50

- ISILAX forte

1 cas le soir

1215,10

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

صيدلية
FACULTES
LAFABRI
pharmacie

ISILAX Forte

صيدلية
FACULTES
LAFABRI
pharmacie



6 118000

263, زاوية شارع عبد المومن و زنقة باسكي عم
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