

# 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.

Maladie

Dentaire *AA*

Optique *BB*

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
*AN380*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *TOUILE DINIA*

Date de naissance : *01/12/176*

Adresse : *4, Rue Ibnou Katsibz Rue RANITZ  
APT N° 15 CASA*

Tél. : *0661132653*

Total des frais engagés : *189 362*

Cadre réservé au Médecin

*DI BENJELLOUN Houda  
263 Angle Abdelloumen et Rue Pasquier  
Imme.7 Appt.N°1 - INPE:091259788  
Tél:0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33*

Cachet du médecin :

Date de consultation : *25/12/2023*

Nom et prénom du malade : *TOUILE DINIA*

Age : *17*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : *lentinite - Colopathie*

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'adjudicataire 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*

Signature de l'adhérent(e) : *TOUILE DINIA*



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# RELEVE 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 honoraires
25/12/2023	Consultation		200	Dr. BENJELLOUN Houda 263 Angle Abdenoune et Avenue Pasteur Imm. 7 Appt N°1 - INP : 5912591 Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FACULTES Dr. L. BABI Boulevard M. DRISSI Casablanca 0522 96 23 01 - Fax 0522 88 02 25	25/12/23	1215,10

## ANALYSES - RADIographies

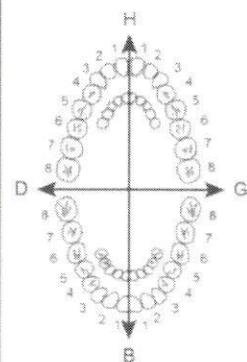
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

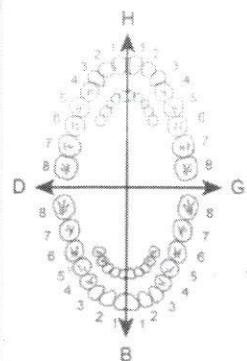
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

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



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

26533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse

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

**Vita C 1000**  
10 comprimés sans sucre

6 118000 032083

**Doliprane® 1000 mg**  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés

6 118000 040972

**Doliprane® 1000 mg**  
Paracétamol  
10 Comprimés sécables

6 118000 0409

**ZINASKIN® 45 mg**

PPU 40DH90 EXP 01/2025  
LOT 18066 98

20 comprimés eff. BRONCOLIBER® 30 mg/5ml  
200 ml de solution buvable

Maghar  
3d Aklim N° 6, Ql.  
Sidi Bérhousse, Casablanca  
VELDOSSE 100 000 UI/2 ml  
OL BUV

P.V. : 19,50 DH  
de co

**Pr. Comprimé 100 mg**  
30 compr. P.P.U. : 700H90  
CP PEL 830 LOT : 22E031  
PROFENID 100MG O

**ANCE**  
CP PEL 830 LOT : 22E031  
PROFENID 100MG O

6 امّة الطبيّة  
الفحص الطبيّ لرخصة السياقة

**D-Stres**

**FILLE TOUIL DINNA**

15,30

- Vita c 1000 sans sucre - comprimé effervéscent

1 Comprimé / j pendant 15 j

14,00

- Doliprane 1g - comprimé sécable

1 cp ttes les 6h

40,00

- Zinaskin 45 mg - comprimé effervéscent

1 Comprimé par jour 15 j

10,50

- Uvedose

une ampoule en prise unique

80,00

- D stress - Comprimé

1 Comprimé, matin, midi et soir

59,00 x 6

- Prodefen - sachet

1 sachet, matin, pendant 2 mois

70,90

- Profenid 100 mg - comprimé pelliculé

1 Comprimé, matin, soir

58,80

- Neofortan 160 mg - comprimé effervéscent

1 Comprimé, matin, midi, soir

*[Signature]*

**Dr. BENJELLOUN Houda**

263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier

Imm. 7 Apt. N°1 INPE: 091259788

05 20 16 59 56

Tel: 0620 16 59 56 / 07 01 18 14 33

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

263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasquier شارع رقم 7 شقة رقم 1. زاوية شارع

263, Angle Abdelmoumen et rue Pasquier Imm. App N°1 INPE: 091259788

En cas d'urgence : 07 01 31 12 33 / E-mail: benjelounhouda@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 كلية الطب ببوردو

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

تبسيط الحمل

الحجامة الطبية

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Date : 25/12/2023

FILLE TOUIL 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 Abdelemoumen et Rue Pasquier  
Imm.7 Appt.N°1 - INPE: 091259788  
Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33



263. زاوية شارع عبد المؤمن و زنقة با斯基ي  
en et rue Pasquier Imm 7 Appt N°1. Tél.: 05 20 16 59 56  
12 33 / E-mail : benjellounhouda87@gmail.com / INPE 091259788

En cas d'urgence :