

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0017345

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6088 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZINE Saida

Date de naissance :

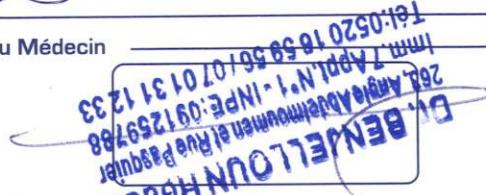
Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 066.132.1693

Total des frais engagés : 3525,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/01/2014

Nom et prénom du malade : Zine Saida

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant



Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ALD

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
26/01/2024	Cés		

*Dr. BENJELLOUN Houda
263, Angle Abdelmoumen et Rue Pasteur
Imm. 7 App. N°1 - INPE: 091259188
Tél: 0520 16 59 58 / 07 01 31 12 33*

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/2024	3525,70

INPE: 092035401 3525,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

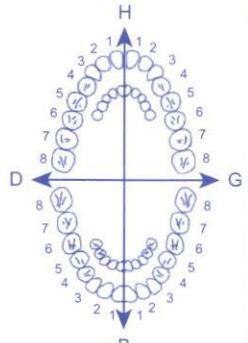
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

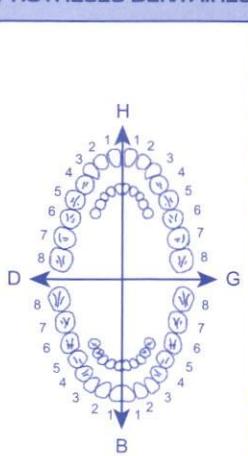
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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

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 ببوردو

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

تنبيه الحمل

الجامعة الطبية

الفحص الطبي لرخصة السياقة

ORDONNANCE

Medicine Saida

Date: 20/10/2024

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

- Collyre met 70/180mg
1cp x 3 T 230+6

- Rogert 10mg
1cp li le soir (smal)
(147,10 x 6) 849

- Chypas 200mg
1cp x 2 T

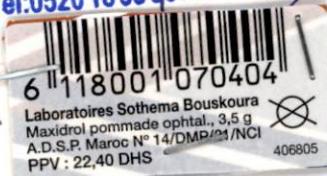
- Doxicilol
1 goutte x 4 T (4T)

- Urost 1cp T

- Ofloret 1 cap x 2 T

624 T
40,60

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



352517

زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة باسنجي

ie Pasquier Imm 7 Appt N°1. Tél.: 05 20 16 59 56

il: benjellounhouda87@gmail.com / INPE 091259788

PPV: 62DH70

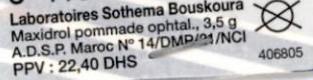
PER: 04/26

LOT: M1312

Wh



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Ofloret 1.5 mg/0.5 ml sol
auriculaire b20
P.P.V : 70,60 DH
406805
180571



PPV: 147DH10
PER: 09/25
LOT: M2994-2

x 6 Ged



6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV: 390.00 DH

x 6 Ged

LOT 230542 1
EXP 02 2026
PPV 62.50

62,50 x 2 Ged

