

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

- 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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-715012

119900

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : TOULE REDA
Date de naissance : 01/12/1976
Adresse : 4, Rue Ibnou Ktaibz Res RANIA II
Appt N° 15 4ème Etage CASI
Tél : 0661132653 Total des frais engagés : Dhs

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 : 24/05/2022
Nom et prénom du malade : TOULE REDA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Casablanca Le : 24 / 05 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

RELEVÉ 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 Actes
24/05/22	Consultation	200.000		Dr. BENJELLOUN Houda 263, Angé Abdelmoumen et Rue Pasquier Imm. 7 Appt. N°1 - INPE: 091259788 Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie L'Essentiel 262, Rue Lamine De France Tél: 05 20 16 59 56	24/05/22	274.80

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
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	0000000	0000000	G	0000000	0000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	0000000	0000000													
	G	0000000	0000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

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



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 السياقة

Date : _____

24/05/2022

MR TOUILE REDA

- 15.30
- Vita c 1000 sans sucre - comprimé effervescent

1 Comprimé, matin, pendant 1 mois

- 40.90
- Zinaskin 45 mg - comprimé effervescent

1 Comprimé, matin

- Humex 0,30 g / 0,03 g - collutoire

1 dose, matin, midi, soir

- biomylase

1 cuillère, matin, midi, soir

- 109.00
- D stress - Comprimé

2 Comprimé, matin, midi, soir

- 99.00
- ansiovit

1 Comprimé, matin, soir

- 10.60
- Dolostop 1000 mg - comprimé

1 Comprimé toutes les 6 h

- Azix 500 mg - comprimé

1 Comprimé, le premier jour puis 1/2 cp par jour pendant 5j

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 Jawhar
Dr. En pharmacie
22, Rue Lamenans France Ville
Tél et Fax : 06. 1.34. 00.00

263, زاوية شارع عبد المومن و زنقة باسكيي عمارة رقم 7 سقة 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

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90

EXP 07/2024

LOT 15038 37

20 comprimés effervescents

Vita C 1000®

PPV 15DH30

EXP 01/2025

LOT 19036 15

Lot:
À consommer de
préférence avant le: 210299
PPC: 99,00 DH 05/2024

Lot:

DS11/21

DLC:

11/2024

P.P.C : 109,00 DH

LOT : 3921

UT. AV : 01-25

P.P.V : 10 DH 60