

## 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

- Réclamation : 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.

N° W21-715012

119920

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11380	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TOUILE REDA			
Date de naissance : 01/12/1976			
Adresse : 4, Rue Ibnou Khatibz Res RANIA II App N° 15 4ème étage CASA			
Tél. : 0661132653 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>DR. BENJELLOUN Houda 263, Angle Abdelloumen et Rue Pasquier Imm.7 App. N°1 - INPE: 091259788 Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33</p>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24/05/2022			
Nom et prénom du malade : TOUILE REDA Age:			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

# Dr BENJELLOUN Houda

## Médecine générale

DU de diabétologie et de nutrition  
de l'université de bordeaux

Echographie - 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 التغدية كلية الطب ببوردو

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

تبسيط الحمل

الحجامة الطبية

الفحص الطبي لرخصة السيارة

Date : \_\_\_\_\_

24/05/2022

MR TOUILE REDA

15.30

- Vita c 1000 sans sucre - comprimé effervescents

1 Comprimé, matin, pendant 1 mois

40.90

- Zinaskin 45 mg - comprimé effervescents

1 Comprimé, matin

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

1 dose, matin, midi, soir

- biomylase

1 cuillère, matin, midi, soir

10.50

- 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 Abdellmoumen et Rue Pasquier  
Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33  
Fax: 091259788  
INPE: 091259788

Dr. BENJELLOUN Houda  
263, Angle Abdellmoumen et Rue Pasquier  
Tél: 0520 16 59 56 / 07 01 31 12 33  
Fax: 091259788  
INPE: 091259788

263. زاوية شارع عبد المؤمن و زنقة با斯基ي عمارة رقم 7 زنقة رقم 1

263, Angle Abdellmoumen et rue Pasquier 1mm 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: 210299  
À consommer de  
préférence avant le: 05/2024  
PPC: 99,00 DH

**Lot:**

DS11/21  
11/2024

**DLC:**

**P.P.C : 109,00 DH**

LOT 8921

UT. AV : 01-25

P.P.V : 10 DH 60