

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

N° W21-708862

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **150040**

Matricule : **150040** Société : **163458**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **Toufik Benjelloun Badr**

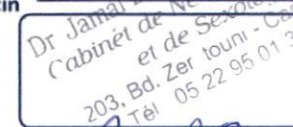
Date de naissance : **06/12/88**

Adresse :

Tél. : **0621187602** Total des frais engagés : **893** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17 04 2023**

Nom et prénom du malade : **Benjelloun Toufik Badr**

Age :

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

Nature de la maladie : **163458**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **Benjelloun**

Le : **17 04 23**

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
17/04/23	9591		893,00	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/23	893,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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															

صيدلية المنبع

Pharmacie La Source

El moumni Mouna
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 12/04/2023

Facture 11473

Facture Benjeloun Touimi Bada

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
3	O.Cine 10 mg / 20	271.00	813.00
1	O.Cine 10 mg / 7	80.00	80.00
AMTÉE la présente facture à la Somme de huit-cent quatre-vingt-trois dirhames.			893.00
PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUMNI MOUNA 6-7 Rue Ain Asserdoune C.I.L - CASABLANCA Tél: 05 22 36 24 85 / 05 22 36 26 69			
Pharmacie la source			
092038710			

Docteur Benzelloun Touimi Jamal

Neuropsychiatre & Psychothérapeute

Sexologue

Adulte et Enfants

Electroencephalographie

203, Bd. Zerkoutni - (Près de Twin Center)

4° Etage - Casablanca

Tél : 0522 95 01 36 / 0522 95 01 37

PHARMACIE LA SOURCE

Dr. EL MOUMINI MOUNA

6-7 Rue Ain Asserdoune

C.H. - Casablanca

Tel: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

الدكتور بن جلون التومي جمال

إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية والعقلية

الأمراض الجنسية والصعوبات الجنسية

العلاج والتحليل النفسي

التخطيط الكهربائي للدماغ

203, شارع الزرقطوني - (قرب التوين)

الطابق الرابع - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 95 01 37 / 0522 95 01 36

Casablanca; le : : الدار البيضاء; في

Benzelloun
PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdoune
C.H. - Casablanca
Tel: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Touimi. Rash



Lot N° :	0204186	Lot N° :	0204186	Lot N° :	0204186
Fab :	04/08/22	Fab :	04/08/22	Fab :	04/08/22
Per :	08/2024	Per :	08/2024	Per :	08/2024
PPV (Dhs) :	271,00	PPV (Dhs) :	271,00	PPV (Dhs) :	271,00

LOT: 0202082

PER: 04/2024

PPV: 80.00 DH

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI MOUNA
6-7 Rue Ain Asserdoune
C.H. - Casablanca
Tel: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Touimi

Dr. Jamal BENJELLOUN
Cabinet de Neuropsychiatrie
et de Sexologie
203, Bd. Zerkoutni
Tél: 05 22 95 01 36

Pharmacie La Source

El moumni Mouna
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 12/04/2023
Avoir 11473

Facture

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
	Avoir sur l'ordonnance		178.6
	Arrêté la présente Avoir à la Somme de Cent soixante-dix huit dirhams et 6 cts		
	<p>PHARMACIE LA SOURCE</p> <p>Dr. EL MOUMNI MOUMNA</p> <p>6-7 Rue Aït Aoudjane</p> <p>Clt. Saida</p> <p>Tel: 05.22.36.26.59 / 05.22.36.26.59</p>		
	Pharmacie la source		

Pharmacie la source



0 9 2 0 3 8 7 1 0

7, Rue Aïn Asserdoune - C.I.L - CASABLANCA
Tél. : 05 22 36 24 85 - R.C : 293572 - N° Pat. : 34812010
S.C.E 000 809 11 00000 79