

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

- 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.

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° W21-708858

171555

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : V50040 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN TOUMI

Date de naissance : 06/12/68

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1223 Dhs

Cadre réservé au Médecin Jamal BENJELLOUN TOUMI

Cachet du médecin :

Cabinet de Neuro-psychiatrie
et de Sexologie
203, Bd. Zer touni - Casablanca
Tél 05 22 95 01 36 37

Date de consultation : 23/06/2023

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN TOUMI

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : troubles psychiques

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 : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

10.7.1

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
22/06/23	(P3)	1	1223.00	INP : 0810282153

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/06/23	1223.00

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 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	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														

Docteur Benjelloun Touimi Jamal

Neuropsychiatre & Psychothérapeute

Sexologue

Adulte et Enfants

Electroencephalographie

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

4° Etage - Casablanca

Tél : 0522 95 01 36 / 0522 95 01 37

Casablanca; le :

الدكتور بن جلون التويمي 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

الدار البيضاء, في :

Benjelloun Touimi Badh

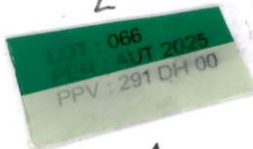
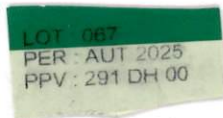


1164.00

291.00 x 4

21324

Mach 2020 10



59.00
1223.00

Tre No 2021
Treatt de 60

29.50a 21
Dr Jamal BENJELLOUN TOUIMI
Cabinet de Neuropsychiatrie
et de Sexologie
203, Bd. Zer ktouni - Casablanca
Tél 05 22 95 01 36 / 37

صيدلية المنبع

Pharmacie La Source

El mounni Mouna

Docteur en Pharmacie

Diplômée de la Faculté

de Médecine et de Pharmacie de Rabat



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 23/06/2023

AVoir 11525

Facture NUPRAS

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
	AVoir sur Prescription		244,60
Arrêtée la présente avoir à la Somme de Deux cent quarante quatre dix hame et soixent centimes.			
PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUMNI MOUNA 677 Rue Aïn Asserdoune C.I.L. - CASABLANCA Tél. 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.00			
Pharmacie la source			
0 9 2 0 3 8 7 1 0			

صيدلية المنيع

Pharmacie La Source


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



PHARMACIE
LA SOURCE

Date 23/06/2023
Facture 11525

Facture BENJELLOUN TOUJDI BADR

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
4	Predizapine 10	291,00	1164,00
2	temesta 2,5	29,50	59,00
Arrêtée la présente facture à			1223,00
Somme de 1223,00 de deux cent vingt trois dirhames.			
<p>PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUMNI MOUNA 6-7 Rue Ain Asserdoune - C.I.L. - CASABLANCA Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.63</p>			
<p>Pharmacie la source</p>  <p>0 9 2 0 3 8 7 1 0</p>			