

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° W21-708858

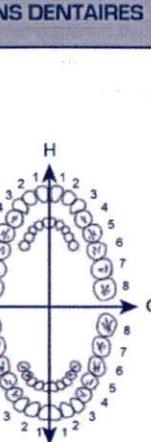
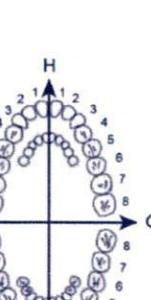
27/5/55

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 150040 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre : BAN			
Nom & Prénom : Jamal BENJELLOUN TOUIMI			
Date de naissance : 06/12/63			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : 1223 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Jamal BENJELLOUN TOUIMI			
Cabinet de Neuro-psychiatrie et de Sexologie			
203, Bd. Zer touni - Casablanca			
Tél. 05 22 95 01 36 37			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/06/2023			
Nom et prénom du malade : Benjelloun Toumi			
Age : 59			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : malades 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			
Signature de l'adhérent(e) : 13/06/2023			

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
Signature de l'adhérent(e) : 13/06/2023

13/06/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/06/23	1923.00

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	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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	G	21433552	00000000		00000000		D		B						35533411		11433553	
	H	25533412	G	21433552																				
	00000000		00000000																					
	D		B																					
	35533411		11433553																					
	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"/>																								
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. Zerkouni - (Près de Twin Center)

4^e Etage - Casablanca

Tél : 0522 95 01 36 / 0522 95 01 37

Casablanca, le :

الدكتور بن جلون الترمي جمال

اختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية والعقلية

الأمراض الجنسية والصعوبات الجنسية

العلاج والتخليل النفسي

التخطيط الكهربائي للدماغ

203, شارع الزرقطوني - (قرب التوين)

الطابق الرابع - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 95 01 37 / 0522 95 01 36

دار البيضاء، في :

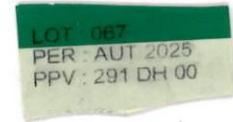
Jui 3

Benjelloun Toumi Bach



1164,00

291,00 x 4



59,00
223,00

29,50a2

Teeble 2m 196
Travers de 60

Dr Jamal BENJELLOUN TOUIMI
Cabinet de Neuro-psychiatrie
et de Sexologie
203, Bd. Zerktouni Casablanca
Tél : 05 22 95 01 36 37

صيدلية المنبع Pharmacie La Source



PHARMACIE
LA SOURCE

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

Date 23/06/2023
AY/AM 11525

Facture TUPRAS

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

صيغة المنهج

Pharmacie La Source

El moumni 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 TRUDI BADR

Quantité	Désignation	P.P.M.	TOTAL
4	Dedizapine 10	221,-	1164,-
1	temesta 2,5	295,-	295,-
			1223,-
Arrêtez la présente facture à la somme de DR. P. le deux cent vingt trois dinars.			
 PHARMACIE LA SOURCE DR. EL HADJI MOULANA 6-7 RUE ALI BEN YOUSSEF CASABLANCA 10/05/22, 36.24.93 / 05.22.36.26.62			
Pharmacie la source 			

Pharmacie la source



0 9 2 0 3 8 7 1 0