

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-012856

193661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8264 Société : B.A.N.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reformatée
 Nom & Prénom : Davine Delila
 Date de naissance : 08/05/67
 Adresse : 42 Rue An Soumes Residence
 Roaya AL Jerah Bourgogne CASA-ANFA
 Tél. : 0661-138-134 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Jamal BENJELLOUN TOUIMI

Cachet du médecin : Cabinet de Neuropsychiatrie et de Sexologie
 203, Bd Zerkouni - Casablanca
 Tél: 05 22 95 01 36 / 37
 INPE: 091023259
 Date de consultation : 29/01/2024
 Nom et prénom du malade : Davine Delila Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Est dépressif
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie
 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 : 23/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : D. Delila

Autorisation CNDP N° AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
29/01	C3	4	1073,70	
29/01	N37			

Dr. Jamal BENJELLOUN TOUMI
Cabinet de Neuropsychiatrie et de Sexologie
203, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 95 01 36 / 27
INPE: 001023259

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/01/2024

1073,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

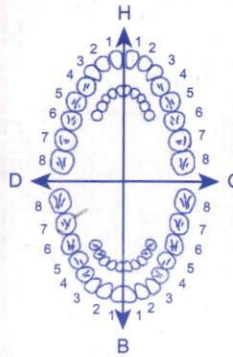
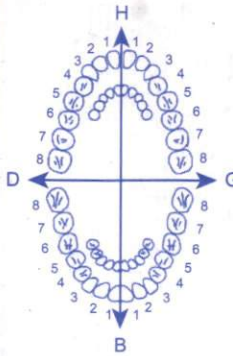
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

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: 05 22 95 01 36 / 0522 95 01 37

Casablanca; le :

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

الدار البيضاء :

Chaine Dohbe

180,00 x 2
360,00

Dent 2 - AS - 1/2

276,00 x 2
552,00

Surquel - AS - 1/2

2310 x 7
16170

Dyslexie

Dr. Jamal BENJELLOUN TOUMI
Cabinet de Neuropsychiatrie
et de Sexologie

203, Bd Zerkouni - Casablanca

Tél: 05 22 95 01 36 / 37

INPE: 001073259

21
30 jons

PHARMACIE DE BOURGOINT
BERRAD A TAZI Halima
341, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 73 44

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3



5 000455 006843

40 comprimés



6 118000 250289

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3

Lysanxia[®] 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3

Lysanxia[®] 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3

Lysanxia[®] 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

Lysanxia[®] 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3

Lysanxia[®] 10 mg

40 comprimés



6 118000 250289

SYNTHEMEDIC
22 rue scoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

100mg Cpr enr
Boite de 60

26916 DMP/21NSF P.P.V: 276,00 DH

6 118001 021307

SYNTHEMEDIC
22 rue scoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

100mg Cpr enr
Boite de 60

26916 DMP/21NSF P.P.V: 276,00 DH

6 118001 021307

Fluoxet[®] 20 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 021681

LOT 232525 1
E.P. 20 2026
P.P.V 180400

Fluoxet[®] 20 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 021681

LOT 232525 1
E.P. 20 2026
P.P.V 180400

UT.AV: 03 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1155V3