

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-680984

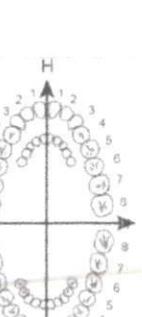
112138

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 8963 | Société : | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | | |
| Nom & Prénom : AISSAOUI OTNANE | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Date de naissance : 01/01/71 | | | |
| Adresse : | | | |
| Adresse : HAY LAYOUNE II Rue 35 N° 66 CASABLANCA | | | |
| Tél. : 06 614 70 966 Total des frais engagés : 500.15 Dhs | | | |
| Cadre réservé au Medecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Cachet du médecin : Docteur Zineb BENCHAOUA | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Date de consultation : 16/3/22 | | | |
| Nom et prénom du malade : | | | |
| Nom et prénom du malade : AISSAOUI OTNANE | | | |
| Lien de parenté : | | | |
| Lien de parenté : Lui-même | | | |
| Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Nature de la maladie : | | | |
| Nature de la maladie : Maladie Chronique | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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) : **AISSAOUI OTNANE**
Le : **16/03/2022**

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 16/03/2022 | 154,50 |

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

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | | Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | INP : <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur BENCHAOUIA Zineb
Cardiologue

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd Casablanca
Diplômée en Echocardiographie
de l'Université de Bordeaux



الدكتورة بن الشاوية زينب

إختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات بباريس
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد
حاصلة على شهادة فحص القلب بالصدري
من جامعة بوردو بفرنسا

, le : 16/03/2022

Casablanca, le :
Ordonnance

M. AISSAOUI ILYAS

FORCAR : 1 gél X3 / j avec un grand verre d'eau après repas

59,50

EXTRAMAG 300 mg : 1 comp/j le matin après le repas

95,00

1 MOIS



Docteur Zineb BENCHAOUIA
Cardiologue
134, Angle Bd Bir Anzarane et Rue A. El Jourmari - Résidence Aya - Casablanca - Tél. : 0522 25 35 11
Docteur Zineb BENCHAOUIA

T = 154,50

PHARMACIE DES SCIENCES
Centre Commercial Leimoun II
CASABLANCA
Tél : 022 99 48 14

134, Angle Bd Bir Anzarane et Rue A. El Jourmari - Résidence Aya - 2^{ème} étage - Appt n°5 - Casablanca

Tél. : 0522 25 35 11 - E-mail : benchaouiazineb@gmail.com

Urgences : 0668 37 84 57

Docteur BENCHAOUIA Zineb
Cardiologue

Antienne Interne des Hôpitaux de Paris
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd Casablanca
Diplômée en Echocardiographie
de l'Université de Bordeaux



الدكتورة بن الشاوية زينب
إختصاصية في أمراض القلب والشرايين

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات بياريس
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد
حاصلة على شهادة تحصص القلب بالصدى
من جامعة بوردو بفرنسا

, le : 17/03/2022

Casablanca, le :

Note d'honoraires

à : M. AISSAOUI ILYAS

Adresse : LOT IBN KHALDOUNE 2 APPT 12 ETG 2 LISSASFA CASABLANCA

Acte : Holter rythmique 24 h

Montant : 500.00 DHS (Cinq Cents dhs)

Payé par : Espèce

Docteur Zineb BENCHAOUIA
Cardiologue
134, Angle Bd Bir Anzarane et
El Jounari - Résidence Aya - 2^{ème} étage - Appt n°5 - Casablanca
Tél. : 0522 25 35 11 - E-mail : benchaouiazineb@gmail.com
Urgences : 0668 37 84 57

Docteur Zineb BENCHAOUIA
Cardiologue
134, Angle Bd Bir Anzarane et
El Jounari - Résidence Aya - 2^{ème} étage - Appt n°5 - Casablanca
Tél. : 0522 25 35 11 - E-mail : benchaouiazineb@gmail.com
Urgences : 0668 37 84 57

Docteur Zineb BENCHAOUIA
Cardiologue
134, Angle Bd Bir Anzarane et
El Jounari - Résidence Aya - 2^{ème} étage - Appt n°5 - Casablanca
Tél. : 0522 25 35 11 - E-mail : benchaouiazineb@gmail.com
Urgences : 0668 37 84 57