

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0031701

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2346 Société : 145523

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA DRISS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : MÈNE

Tél. : 0673275780

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bengotio Driss Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vessie

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 : Rabat

Le : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

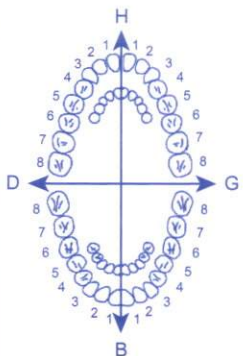
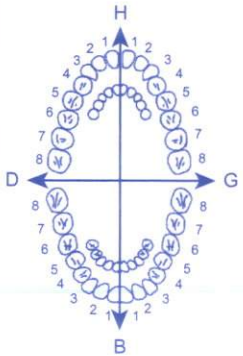
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
13/01/03	13/01/03	987	180	DT	2

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											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>		
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(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

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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D^r MOUNIR BACHOUCHI
oncologue

diplômé de La faculté de Médecine de Paris
EX Médecin à L'IGR - VILLEJUIF

diagnostic et traitement des cancers
spécialiste des maladies des seins

الدكتور منير البشوشي
اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي
فيل جويف

تشخيص وعلاج الأورام
اختصاصي في أمراض الثدي

c016

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 novembre

13-1-23

Dr. Mounir Bachouchi

perfusion

(01 jan.)

Dr. Mounir BACHOUCHI
Oncologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej, Rabat
L.D : +212 (5) 37 66 41 41
Tél: +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101016906

☎ +212 (6) 64 70 70 10
☎ +212 (5) 37 67 17 17 L.G
☎ +212 (5) 37 66 41 41 L.D
☎ +212 (5) 37 67 29 29
✉ mbachouchi@c016.ma

📍 22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
✉ cLinique@c016.ma

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41

FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

Reçu de caisse

Médecin : DR. BACHOUCHI MOUNIR

N° : 23011712200717806 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A171213	HASSAR KENZA	17/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MOUNIA

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafout, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE

TEL : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41
FAX : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29

100063668



F A C T U R E

N° 1 190 / 2023 du 13/01/2023

Nom patient	BENYAHIA DRISS	Entrée 13/01/2023	Sortie 13/01/2023
Prise en charge	PAYANT		

PERFUSION

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1.00		300.00	300.00
CONSULTATION ONCOLOGIE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	600.00
PHARMACIE	1.00		387.58	387.58
			Sous-Total	387.58
Total Frais Clinique				987.58

	Total général 987.58
Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENT QUATRE-VINGT-SEPT DIRHAMS CINQUANTE-HUIT CENTIMES	

Notre compte bancaire : BANQUE POPULAIRE - RABAT 181 810 21211 0058049 001 7 09

Encaissements	Chèque		Total encaissé	Solde
	987.58		987.58	0.00

Ref Chq : BMCI 3138527 BENYAHIA DRISS/

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 001691055000094 - INPE : 100063668

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	BENYAHIA DRISS	N° Facture :	1 190	23-056925
-------------	----------------	--------------	-------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
KCL INJECTA (100)	2	2.80	5.60
NACL INJECTA (100)	3	2.80	8.40
OMEPRAZOLE NORMON 40 INJECTA (01)	1	29.90	29.90
SERUM GLUCOSE 500ML (001)	1	13.10	13.10
SERUM SALE 100ML (01)	2	9.00	18.00
SERUM SALE 500ML (001)	1	12.80	12.80
TRINOMYC 200MG FLACONS (01)	1	156.60	156.60
Sous-Total médicaments			244.40
AIGUILLE D'HUBERT (001)	1	60.00	60.00
AIGUILLE ROSE G18 (100)	1	3.00	3.00
BAVETTE ELASTIQUE BTE 50 (50)	1	3.00	3.00
COMPRESSE STERIL 5*5/5 (300)	4	1.67	6.68
GANT STERILE LATEX CH6.5 (01)	2	13.00	26.00
PERFUSEUR A/F KDL (01)	1	15.00	15.00
ROBINET A 3 VOIE bte 50 (01)	1	18.00	18.00
SERINGUE 20CC (001)	1	4.50	4.50
SERINGUE 5CC (001)	2	3.50	7.00
Sous-Total consommable médical			143.18
(*) Conditionnement hospitalier	Total pharmacie		387.58

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
 22, Avenue Ahmed Balafrej, Souissi - Rabat
 Tel: 05 37 67 17 17 - Fax: 05 37 67 29 29
 ICE: 001691055000094 - INPE: 100063668