

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.

M22- 0031701

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2346** Société : **ALG5523**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BEN YAHIA DRISSE**

Date de naissance : **01/01/1953**

Adresse : **MÈME**

Tél. : **0673275780** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR BACHOUCHI**

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **BEN YAHIA DRISSE** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **YESSSE**

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 : **RAMADAN** Le : **13/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **DR**

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

RELEVE 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
13/01/23	GS		GPT	
				Dr. Mounir BACHIR Oncologue Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale 17, Faub. 212 (5) 37 67 202 Ave. de l'Indépendance 12167 Casablanca Tunisie Tél: 212 51 27 66 41 56 Fax: 212 (5) 37 67 202 Mobile: 212 51 27 66 41 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	A M	
13/01/83 Ahmed El Mina		987	180		LOGE 16. NOVEM Ahmed El Mina T: 01691055000 Fax: 01691055000 IMPE: 100063668

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	Nature des Soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux	
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins													
				Date du devis													
				Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr 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 البشوش
اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي
فيل جوف

تشخيص وعلاج الأورام
اختصاصي في أمراض الثدي

CO16
CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

13.1.23

Dr Benyamin Driss

Perfusion

(01 juen.)

Dr. Mounir BACHOUCHI
Oncologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej, Rabat
L.D : +212 (5) 37 67 17 17
Tél: +212 (5) 37 67 29 29
INPE : 101016905

- +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@co16.ma

📍 22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
✉ clinique@co16.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 Belaïd, Souissi - Rabat
Tél: 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29
ICE : 00169105500094 - 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° 1190 / 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

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

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

	Chèque		Total encaissé	Solde
Encaissements	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	
OMEПRAZOLE 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	
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>		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
 ICF: 001691055000094 - INPE: 100062668