

# 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.

## Maladie

## Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2346** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : **BENYAHIA DRIS**

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

Adresse : **MEME**

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mounir BACHOUCHI**  
Oncologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Amzad-Balek Yel - Rabat  
TEL: 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18  
05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18  
05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **T d'essai**

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 : **24/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **DRIS**



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE M. FARAH</b> 61, Av. des FARAH 0522 31 10 40 - Casablanca 0522 31 45 69	<b>26/08/22</b>	<b>548.80</b>

## 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D<sup>r</sup> MOUNIR BACHOUCHI  
oncoLoque

diplômé de la faculté de médecine de Paris  
EX Médecin à l'IGR - Villejuif

diagnostic et traitement des cancers  
spécialiste des maladies des seins

221025104148HO

الدكتور منير البشوشى  
اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي  
فيل جويف

تشخيص وعلاج الأورام  
اختصاصي في أمراض الثدي

CO16  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE  
16 NOVEMBRE

24 novembre 2022

Mr. BENYAHIA Driss

LOT 221209 1  
EXP 04 2027  
PPV 46.00

21680 1224  
LOT PER  
Prix 109.00

PPV: 45DH80  
PER: 05/25  
LOT: L1577

PPV: 40DH00  
PER: 09/25  
LOT: L3106

LOT: 22010B  
EXP: 01/2024  
PPV: 280.00DH

Fabrication:  
bella Vie  
Rue E. Duvalot, 9b  
5060 Sambreville - Belgique

Lot:  
EXP:  
PPV (DH):

28,00

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

46,00

VOGALENE 1CAS x 04/ j

28,00  
109,00

JUVATONUS 1 AMP /J

45,80

PRAZOL 20 1 GEL/J

CURTEC

1 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du  
traitement

COTIPRED

3 CP LE MATIN X 03 JOURS à démarrer la veille du  
traitement

SYSMETIX 1 GEL /J

40,00

28,00

Dr. Mounir BACHOUCHI  
Oncologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed BaLaFREJ - Rabat  
L.D. : +212 (5) 37 66 41 66  
Tél: +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29  
10101016985

548,80  
PHARMACIE MAN  
André ACHOUR  
16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed BaLaFREJ - Rabat  
L.D. : +212 (5) 37 66 41 66  
Tél: +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29  
10101016985

+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.com

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° : 22112411490117805 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22K241148	BENYAHIA DRISS	24/11/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI 3138521 BENYAHIA DRISS Lui-même	300.00
PAYANT	<b>Total payé</b>	<b>300.00</b>
		<b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>

Reçu établi par : MOUNIA

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Balafréj, Souissi - Rabat  
Tél. : 05 37 67 17 17 - Fax : 05 37 67 29 29  
ICE : 0016114500054 TINPE : 100063668