

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.

M22- 0031697

Maladie

Dentaire

Optique

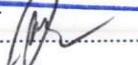
Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2346	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ALG 6875
Nom & Prénom :		BEN YAHIA DRISS	
Date de naissance :		01/01/1953	
Adresse :		RUE MEDE	
Tél. :		0673275780	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :	Ben yahia Driess		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	T. Vesic		
Affection longue durée ou chronique	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :** 20.1.2022
Signature de l'adhérent(e) : 



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
20/12/22	S		300,-00	<i>DR. MOHAMED BACHOUCHI DENTISTE ONCOLOGUE 18 NOVEMBRE 1963 - Rue Ahmed Ben Ali - Rabat INBP : 102016895 INAF : 222537641</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. MOHAMED BACHOUCHI</i>	20/12/22	629,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

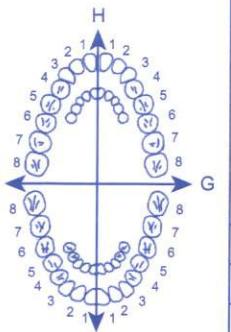
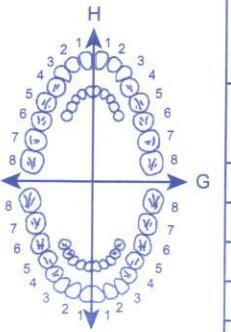
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr MOUNIR BACHOUCHI
oncoLoque

Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
EX Médecin à l'IGR - Villejuif

diagnostic et traitement des cancers
spécialiste des maladies rares



221025104148HO

الدكتور منير البشوش
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

20 décembre 2022

Mr. BENYAHIA Driss

46,00

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

109,00
X2

VOGALENE 1CAS x 04/ j

45,80

JUVATONUS 1 AMP /J

40,00

PRAZOL 20 1 GEL/J

CURTEC

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

280,00

COTIPRED

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

624,80
Dr. Mounir BACHOUCHI

Oncologue
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat
L.D.: +212 (5) 37 67 17 17 Fax: +212 (5) 37 66 41 86
Tél: +212 (5) 37 67 29 29
INAE : 101016985

SYSMETIX 1 GEL/J

- ⌚ +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

100063668

FACTURE

N° 27 878 / 2022 du 20/12/2022

Nom patient	BENYAHIA DRISS	Entrée 20/12/2022	Sortie 20/12/2022
Prise en charge	PAYANT		

CONSULTATION ONCOLOGIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION ONCOLOGIE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Frais Clinique				300.00

	Total général	300.00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS		

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

	Chèque			Total encaissé	Solde
Encaissements		300.00		300.00	0.00

Ref Chq : BMCI 3138526 BENYAHIA DRISS /

ICE : 00169105500094 INPE : 100063668
 TEL : 05 37 67 17 17 - FAX : 05 37 67 29 29
 CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE