

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

M22- 0010349

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2346 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA DRISS

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : N° 16

Tél. : 0673233780 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ben YAHIA DRISS Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : T. de la 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 : 0554 Le : 11/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
28/11/13	5		300,00	DR. MOUNOUR DOUNCOLI BABA Montant : 300,00 NOM : DOUNCOLI BABA Prénom : MOUNOUR Date : 28/11/13 Lieu : 16, Avenue Amadou Hama, 22000 Dakar Téléphone : 0777116990 Signature : DR. MOUNOUR DOUNCOLI BABA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MERCIER Selma TAZI Docteur en Pharmacie 2 Rue Al Woroud - Casablanca Tél: 0522 27 46 26	10/04/23	194.15

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

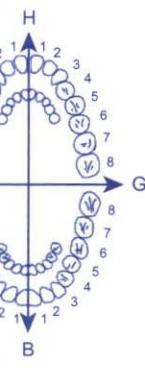
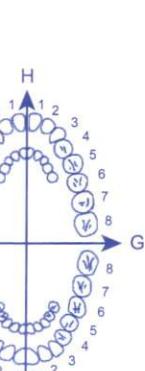
AUXILIAIRES MEDICAUX

BELEVE 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'ODP.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 de la peau

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

11 avril 2023  
Mr. BENYAHIA Driss

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

VOGALENE 1CAS x 04/ j

JUVATONUS 1 AMP /J

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

PPV: 45DH80  
PER: 12/25  
LOT: L4178

INPE

192042365

45,80

40,00

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M720

bottu  
82, Allée des Canaris - Ain Seba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

194

Dr. MOUNIR BACHOUCHI  
Oncologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
Tél: 212 (5) 37 67 17 17 / Fax: 212 (5) 37 67 29 29  
INPE : 101016995

+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  
Clip

**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

**F A C T U R E**

N° **10 153** / 2023 du **25/04/2023**

Nom patient	<b>BENYAHIA DRISS</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	25/04/2023	25/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION ONCOLOGIE	1.00		300.00	300.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>300.00</b>
<b>Total</b>				<b>300.00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>300.00</b>
<b>0.00</b>		

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	<b>300.00</b>			<b>300.00</b>	<b>0.00</b>

Ref Chq : BMCI N° 4838190 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*

85-04

## 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

5  
O

## Reçu de caisse

Médecin : DR. BACHOUCHI MOUNIR

N° : 23042514105520706 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23D251329	BENYAHIA DRISS	25/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI N° 4838190 BENYAHYA DRIS	300.00
	Lui-même	
PAYANT	<b>Total payé</b>	
	<b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	

Reçu établi par : LAILA

CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Zabana - 10000  
Tél. : 05 37 67 17 17 / 06 66 97 43 41  
Fax : 05 37 91 03 00 // 05 37 67 29 29  
ICP : 001691065020003 - 100006326245  
Sablet