

Déclaration de Maladie
M22- 0010349

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2346 Société : 111362

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 1010

Nom & Prénom : BENYAHIA DRIS

Date de naissance: 01/01/1953

Adresse : none

Tél. : 06 20 23 11 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Renzo Roberto Weiss Age: 70

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : T. de K. Vessio.

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 : Le : 11 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
25/4/23	5		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MERCOUR Docteur en Pharmacie 2, Rue Al Woroud - Casablanca Tél: 0522 27 46 26	14/04/23	194,00

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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
spécialité des maladies du sein

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

co16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 novembre

221025104148HO

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: 40DH00
PER: 03/26
LOT: M720

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

- +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 Bal
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	BENYAHIA DRISS	Entrée 25/04/2023	Sortie 25/04/2023
Prise en charge	PAYANT		

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

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

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	300.00	300.00	0.00

Ref Chq : BMCI N° 4838190 BENYAHYA 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

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

25-04

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 Lui-même	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : LAILA

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
22, Avenue Ahmed Yahya, Rabat
Tél.: 05 37 67 17 17
ICE : 00169105520706
Fax : 05 37 91 03 00
Rabat
17 29 29