

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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- 0035202

Optique *173279*  Autres

Maladie

Dentaire

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 :

*MÉNE*

Tél. :

*0673275780*

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 :

*Vessie + Ti de l oesophage*

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 : *Casablanca*

Le : *22.08.2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

#### **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
22/18/13	5		30000	 <p>Dr. Bachouche Oncologue Centre de cancérologie Alger - Algérie 2013-2014 INPE</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Pochet du Pharmacien ou Membre du Personnel	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA André ACHOUR AV DES F.A.R 0522 31 43 40 Casablanca	22/08/23 17/07/23	126,30 80,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

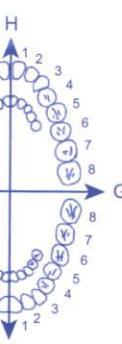
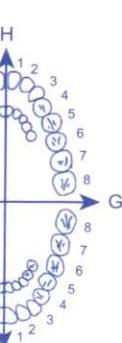
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux													
		<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;">00000000</td><td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411			
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	11433553															
G	35533411																
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
																	
																	

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 de la chimiothérapie



221025104148HO

الدكتور منير البشوشى  
اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي  
فيل جوف

تشخيص وعلاج الأورام  
اختصاصي في أمراض الندى

**CO16**  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE  
16 NOVEMBRE

17 juillet 2023

Mr. BENYAHIA Driss

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M764

DIGESTINE 1cp X2 /j x 05j

bottu s.a.  
R2, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

VOGALENE 1CAS x 04/ j

PPV: 40DH00  
PER: 03/26  
LOT: M764

JUVATONUS 1 AMP /J

bottu s.a.  
R2, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PRAZOL 20 1 GEL/J

CURTEC

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

40,00  
29  
80,00

COTIPRED

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

SYSMETIX 1 GEL /J

Dr. Mounir BACHOUCHI  
Oncologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Baâfriji - Rabat  
L.D : +212 (5) 37 66 41 66  
Tél: +212 (5) 37 67 17 17 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29  
INPE : 101010005

**PHARMACIE MARHABA**  
André ACHOUR  
61, AV des F.A.R Casablanca  
Tél 0522 31 18 40 0522 31 43 69  
22 Avenue Ahmed Baâfriji - rabat  
clinique@co16.ma

D<sup>r</sup> MOUNIR BACHOUCHI

oncologue

diplômé de La Faculté de Médecine de Paris  
EX Médecin à L'IGR - Villejuif

الدكتور منير البشوشى

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

221025104148HO

22 août 2023

Mr. BENYAHIA Driss

56,30

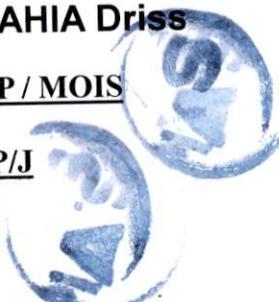
D CURE 1 AMP / MOIS

70,00

ACTYL D 1 CP/J

T = 126,30

QSP 3 MOIS



LOT: 2109018  
FAB: 09/2021  
EXP: 09/2024  
PVC: 70.00DH

PPV: 56,30 DH  
LOT: 23B100  
EXP: 02/2025

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  
LD: +212 (5) 37 66 41 66  
INPE: 101016905

PHARMACIE MARHABA

André ACHOUR

61, Av des FAIR Casablanca  
Tél: 0522 31 16 40 0522 31 43 69

+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