

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 réeducations.
- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-563298

61484

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 38767	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : A28 Boukhari		
Date de naissance : 06-03-68		
Adresse : Casablanca, quartier de l'horloge		
Tél. : 0661217358	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : Docteur Zoubir CHOUFATI HEMATOLOGIE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE CASABLANCA 0522 40 40 70		
Date de consultation : 17/10/2020	Tél. : 022 41 43 122	Age:
Nom et prénom du malade : Boukhari Tyad		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hémopathie		
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 au 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 15 Décembre 2020

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
14/18/20 S			Acte S1	INP : 111111111111 CHOUFAT M. MOHAMED CHOUFAT MAHLIKA 0.70

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BOUDOIR	17/08/2020	1259,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODOF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	00000000	00000000		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	D	G		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	D	G		
	B			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
Ancien Enseignant Faculté de Médecine  
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)  
Ancien assistant F.F.  
Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)  
Sur Rendez-vous

الدكتور الزوبير الشفاعي

اختصاصي في أمراض الدم  
أنكلوجيا الأطفال  
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب  
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
مساعد سابق  
معهد كوسطاف روسي  
(فيل جوف - فرنسا)  
بالموعد

11/08/2020



Eng: Boukhris Iyed

18.00 x 3



20 mg  
N° 3

Hydrocortisone



55.90 x 2



1 mg

(( ONCOWIN ))  
2 fl.

547.00 x 2



chemoset injectable



Gouttes bicarbonatée

1253.80

الدكتور الزوبير الشفاعي  
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
152, Bd Ba Hmad - Casablanca  
Tél.: 0522 24.81.61 / 0522 24.37.41 / Fax: 0522 40.40.70



152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70

152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 0522 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 0522 39.69.39 / 0661 33.74.37

ONCOLOGIE  
PEDIATRIQUE  
HEMATOLOGIE



# CHEMOSET®

Ondansétron

8mg/4ml



LOT:1801311 EXP:02/21  
PPV:547DH00

# CHEMOSET®

Ondansétron

8mg/4ml



LOT:1801311 EXP:02/21  
PPV:547DH00