

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.

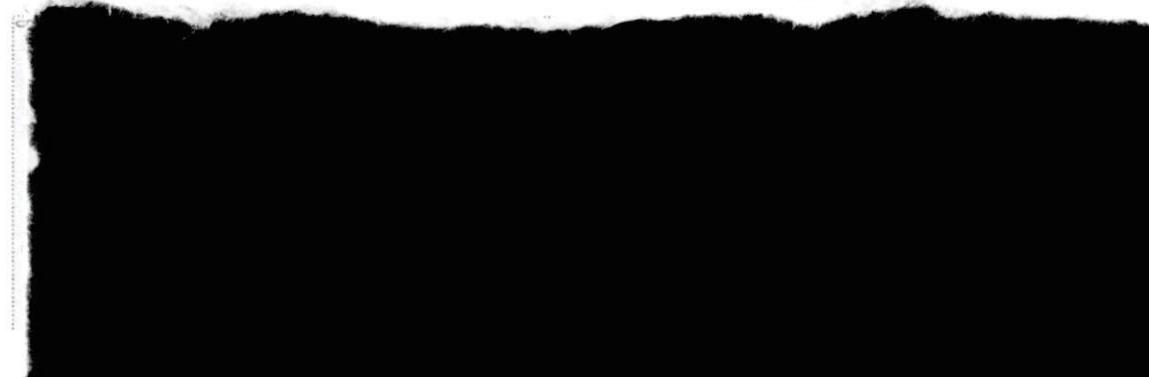
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10142</u>		Société : <u>R.A.M.</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <u>MAIFFI Hind</u>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <u>16-11-1974</u>			
Adresse : <u>27 ARREST LAICBIZ Résidence Camélia</u>		<u>6^e étage N° 18 MAADIF CASABLANCA</u>	
Tél. : <u>0661309923</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>02/09/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>MAIFFI Hind</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Claquage</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Chute</u>			
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 : <u>15/09/2021</u> Le : <u>/ /</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>HIND</u>			



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
02/09/2021			400,00	INP : [REDACTED] الدكتور زوبير الشعاعي DOCTEUR ZOUBIR CHOUFFAI
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	DOCTEUR ZOUBIR CHOUFFAI	
	07/09/2021	600 Dhs	Hematologie - ONCOLOGIE - PEDIATRIQUE	
ANALYSES - RADIODIAGNOSTIQUE				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation INP : 0522 24 37 41 Montant : 81 61 Coefficients	RADIODIAGNOSTIQUE - CASABLANCA	
BERRADA M. BENYAHIA M. 17, Rue Mohamed Bahi Tel: 0522 25 74 82 Fax: 0522 23 77 05	3/09/26	0522 40 40 70 des Honoraires	600 Dhs	
AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

الدكتور الزوبير الشفاعي

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

Adler Adaffi l'med

l'med



26/2/05

Acfsl

5 10 + 21.

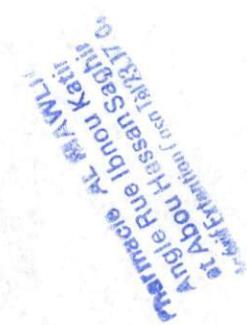


33/9/05 At gmiss

16.4 + 5.

l'med + 21.

60/10



الدكتور الزوبير الشفاعي
DOCTEUR ZOUBIR CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba Hmed - CASABLANCA
Tél : 0522 24 37 41 ou 24 81 61
Fax : 0522 40 40 70

152 شارع با حماد - بلغير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70

152, Boulevard Ba hmed - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37

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



ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

ACFOL® | 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT : 14221006
PER : 04/2025
PPU : 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

Arginine Veyron

49

20 ampoules buvables autocassables

LOT	:	NOVOPHARMA	253
PER	:	1 UT.AV	P.P.V
PPV	:	3823	33.90

Arginine Veyron

Solution buvable
20 ampoules
محلول للشرب
20 حبة

02/2025

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

إخلاصائي في أمراض الدم
انكليوجيا الأطفال
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
مساعد سابقا
بعهد كومساتاف روسي
(فيل جويف - فرنسا)
بالموعد

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nom : Zoubir Chouffai Prénom : Hmed

Age : 1974 Date : 17/07/2007

BERNADA M. MEDICAL CENTER
17, Rue Al-Mubarak Belli.

Tél: 0522 25 74 82
Fax: 0522 23 77 05

Diagnostic : leuc-e ferri p. or

Nature de l'examen : Echographie

Abdomen - pelvis
et cœurs

Motif : 152 شارع باحمد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70

الدكتور الزوبير الشفاعي
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, BOULEVARD BA HMED - CASABLANCA
Tel : 0522 24 37 41 / 0522 24 41 41
Fax : 0522 20 40 70

152 شارع باحمد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70

152, Boulevard Ba hmed - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37

ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

CABINET DE RADILOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Gempte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 03/09/2021

Facture

Nom & Prénom : **MAIFFI HIND**

Date d'examen : 03/09/2021

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE	
Montant TOTAL	600 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENTS DH

RADILOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522257482
Fax : 0522237705

17, Rue Mohamed BAHI (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

H/Z

Casablanca , le 03/09/2021

**Mme. MAIFFI HIND
DR CHOUFFAI ZOUBIR**

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne :

- Le foie est d'échostructure homogène sans anomalie focalisée. Ses contours sont réguliers et sa taille est normale.
 - La vésicule biliaire présente un contenu anéchogène sans calcul en son sein, les parois sont fines, pas de dilatation des voies biliaires.
 - Les reins présentent une bonne différenciation cortico-sinusale, la taille et les contours sont normaux.
 - La rate et le pancréas sont d'aspect échographique normal.
 - Pas d'adénopathies profondes, ni d'ascite.
-
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale, ni endoluminale décelable.
 - Utérus de taille normale, mesurant 7,4 cm de grand axe, de contours réguliers, siège en intra-cavitaire d'une petite formation hyperéchogène homogène, bien limitée, sans effet de masse sur la ligne de vacuité, mesurant 12,4 x 7 mm, évoquant un petit polype endométrial.
 - Ovaire droit d'aspect morphologique normal.
 - Ovaire gauche non vu.
 - Douglas libre.

AU TOTAL :

- **ASPECT ÉVOQUANT UN POLYPE ENDOMÉTRIAL.**
- **ABSENCE D'AUTRE ANOMALIE SIGNIFICATIVE NOTABLE.**

Dr.BENYAHIA Z

Avec mes amicales salutations.

