

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 469

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YOUSFI

RADA

Date de naissance :

1943

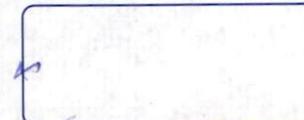
Adresse :

Tél. : 061 5360336

Total des frais engagés : 400 + 136,32 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/01/2023

Age :

Nom et prénom du malade :

YOUSFI RADA

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

ALD

Pathologie :

ALD  ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Yousfi Rada

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 : CPM Le : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
8/5/27	a	4000	4000	031042291

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE MY ABDELLAH	09/05/2023	236.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
G				
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
D				
B				
G				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			FIN D'EXECUTION

# Docteur Zoubir CHOUFFAI

الدكتور الزوبير الشفاعي

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

8/5/23

إخلاصي في أمراض الدم

أنكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بعهد كوبطاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد



1. Yousfi kader

fever effe

2. 0-1/01

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23A31  
EXP: 01/2026

26.20x2 Acfue **S.V**

0-1/01

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23A31  
EXP: 01/2026

84.40 He 1/01 **S.V** 0-1/12

LOT: 14222018  
PER: 11/2026  
PPU: 26,20 DH

49.60x2 0. alte R 28.00  
236.30 **S.V** 0-1/01

LOT 22.06/TC21  
13/2025 PPU 84,70

دكتور الزوبير الشفاعي  
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI  
HEMATOLOGIE  
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE  
Casablanca  
0522 40.40.70 - 0522 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43

صيدلية مولاي عبد الله  
PHARMACIE MY ABDELLAH  
زنقة 300 رقم 98 عين الشقق  
(مستشفى محمد السادس السقاط)  
الهاتف: 05.22.21.73.84

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

152, Boulevard Ba hmad - 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