

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Biologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0044067

N° D: 44957

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 815 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAIDI ABDULHAFID
Date de naissance : 18/01/1936
Adresse : 86 Rue A. Negal Nneir CASABLANCA
Tél. : 0522 23 7517 Total des frais engagés : 520,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA
Tél. : 022.24.37.41/43 - Fax : 022.40.40.70

Date de consultation : 10/20
Nom et prénom du malade : Saïdi Abdelhafid Age: 84
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Remorquage
En cas d'accident préciser les causes et circonstances
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, comme indiqué, le renseignement 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 :
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
1/10/20	S		Acte A	<p>Dr. Zoubir CHOUFFAI Hématologie Pédiatrique Oncologie Pédiatrique Bd Ba Hmad - CASABLANCA Tél.: 022.24.37.41/43 - Fax : 022.40.40.70</p>
2/10/20	S		Acte A	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Four	Date	Montant de l'acte
<p>Pharmacie du Jura TAHRI / OUTERACHID 129, Bis Rue Oussama Benou Zaid Casablanca - Tél: 05 22 25 34 41</p>	2/10/20	580,30 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

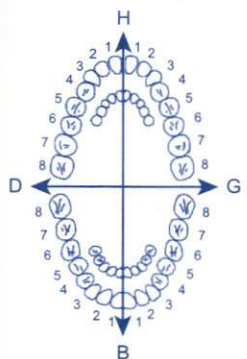
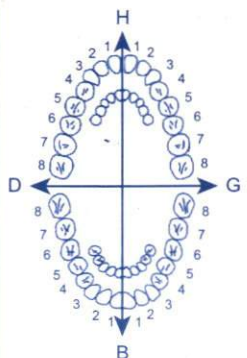
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

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

إختصاصي في أمراض الدم
أطولجيا الأطفال
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
مساعد سابقا
بمعهد كوستاف روسي
(فيل جوف - فرنسا)
بالموعد



091042291

الدكتور الزوبير الشفاعي
Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGISTE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA
Tél.: 022.24.37.41/43 Fax: 022.40.40.70

Handwritten notes: Abdel Hafid

58,40 X 3 - 125,40

Handwritten notes: 25, 38

27,70

289,00 44,00 289,00

28,00

520,30

Pharmacie du Jura
TAHRI JOUTI Rachid
129, Bis Rue Dussema Bnou Zaid
Casablanca - Tél.: 05 22 25 34 41

دكتور الزوبير الشفاعي
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA
Tél.: 0522 24 37 41 / 24 81
Fax: 0522 40 40 70

KALIEFF®
FPV 28DH40
EXP 06/2024
LOT 03025 2

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

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

Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 11/2022

LQT 99036 1

58,40

V 18 H40
20 13
02/23

Solupred® 20mg



58,40

V 18 H40
20 13
02/23

Solupred® 20mg



58,40

V 18 H40
20 13
02/23

Solupred® 20mg



MANQUE -

page 2

① ordonnance
d'analyse

② Recu d'Analyse.

مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Analyses Biologiques et Scientifiques
Hématologie Cellulaire Spécialisée

M. SAIDI ABDELHAFID 0004067

Monsieur SAIDI ABDELHAFID
86 RUE AHMED MAJATI MAARIF
Réf : 20J11

1/10/20

Dossier ouvert le : 01/10/20

Prélèvement effectué à 11:04

Edition du : 01/10/20

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Homme Adulte)

Normales Antériorités

27/11/2017

GLOBULES ROUGES

Hématies	2,17	* M/mm ³
Hémoglobine	7,3	* g/100 ml
Hématocrite	22,5	* %
-V.G.M	104	* μ3
-T.C.M.H	34	* pg
-C.C.M.H	32	* g/100 ml

4,5 - 6,5	3,32
13 - 17	10,9
40 - 54	32,9
80 - 95	99
27 - 32	33
32 - 35	33

GLOBULES BLANCS

Formule leucocytaire:

Polynucléaires Neutrophiles	68,0	%
Soit :	6 229	/mm ³
Polynucléaires Eosinophiles	1,0	%
Soit :	92	/mm ³
Polynucléaires Basophiles	0,0	%
Soit :	0	/mm ³
Lymphocytes	28,0	%
Soit :	2 565	/mm ³
Monocytes	3,0	%
Soit :	275	/mm ³

4000 - 10000	40140
50 - 70	10,0
2000 - 7500	4014
< 3	2,0
< 300	803
< 1	0,0
< 100	0
20 - 40	85,0
1500 - 4000	34119
2 - 10	3,0
80 - 1000	1204

PLAQUETTES

202 000 /mm³

150000 - 400000 257000

Sous Recu 150,00 DHS

Le biologiste,

Dr. Zoubir Chouffai

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 الزوبر الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم

انكولوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوستاف روسي

(فيل جوف - فرنسا)

بالموعد

Date : 11/10/20

Nom et Prénom : SAIDI ABDELHAFID

BILAN SANGUIN

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS Plaquettes. | <input type="checkbox"/> Réticulocytes. |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie. | <input type="checkbox"/> LDH |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Créatinine |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Electrophorèse
des Hemoglobines |
| <input type="checkbox"/> V.S. | |
| <input type="checkbox"/> GOT - GPT- Ph. Alcalines. | <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Bilan à faire S.V.P. le:

الدكتور الزوبر الشفاعي
Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
Bd Ba Hmad - CASABLANCA
152 - 22 24 37 41/43 - Fax : 022.40.40.70
Tél: 022.24.37.41/43 - Fax : 05 22 24 37 41/43