

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 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

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

N° W19-501968

ND: 49355

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRISSI KAITOUNI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 00 30 12

Total des frais engagés :

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JOURAHDI AFIFA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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'at~~l~~me médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoue que je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Date de naissance : 01.11.60

Lien de parenté avec l'assuré(e) : M / M

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : ...

Fait à :

le.

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le remboursement de la facture
26/9/2020	1148,10 F	<i>Pharmacie du Château Château de Khéoul Docteur et Pharmacien Azziz et Mouna</i>
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	
N° ICE	N° INP	

N° ICE		N° INP			
N° ICE		N° INP			
N° ICE		N° INP			
Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux					
Devis	<input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :		
Facture	<input type="checkbox"/>	Nombre de séances :	Établi le :		
Date des soins	Nombre			Montant des honoraires	Signature et cachet du N° d'autorisation d'exercice
	AM	PG	IM	IV	
N° ICE		N° INP			
N° ICE		N° INP			
N° ICE		N° INP			

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biogiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 25-09-2020

Mme JOUAHRI Afifa

Code : 16100797

Référence : A200900586

Du : 25-09-2020

Prescripteur : Dr DAOUDI F. OUZIA

Norme

Antériorités

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine (TP)

Taux de prothrombine	100.0 %	(70.0 - 100.0)
INR	0.92	

Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

Temps Témoin	25.0 s	
Temps Patient	20.2 s	
Rapport	0.81	(0.8 - 1.20)

D-Dimères
(Immunoanalyse Roche Diagnostics Cobas)

2 260.0 ng/mL

(< 0.0)

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C réactive (CRP)

21.1 mg/L

(0.0)





Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société : KLEM N° de sinistre : 20821663
Contrat n° : 010 190005 / 00 N° dossier : 1300087
N° d'affiliation : 7 Date de survenance : 26/09/2020
Matricule Société : 0 Date de traitement : 16/10/2020
Assuré : JOUAHRI AFIFA Date de remboursement : 16/10/2020
Bénéficiaire : JOUAHRI AFIFA Médecin : *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux e %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
ANALYSES B	534,20	534,20	0	85,00	0,00	454,07
MEDICAMENTS	1 148,00	1 148,00	0	85,00	0,00	975,80
	1 682,20	1 682,20			0,00	1 429,87

Observations :

Informations :