

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.

Diagnostic 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.

Educations :

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

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° M21- 063262

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Laguerad Aicha
Date de naissance : 28/7/59
Adresse : 24 lot Boudira Bili Aarouf Casa
Tél. : 0672763516 Total des frais engagés : 3200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ZRIoui Zouheir 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'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 : Laguerad Le : / /
Signature de l'adhérent(e) : Laguerad

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: STE SOREAD	N° de sinistre	: 21762130
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: 1065106
N° d'affiliation	: 86	Date de survenance	: 06/05/2021
Matricule Société	: 0	Date de traitement	: 13/07/2021
Assuré	: ZRIOUI ZOUHAIR	Date de remboursement	: 24/08/2021
Bénéficiaire	: ZRIOUI ZOUHAIR	Médecin	: *****

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
CONSULT° SPECIALISTE	200,00	200,00	0	85.00	0,00	170,00
ANALYSES B	3 000,00	3 000,00	0	85.00	0,00	2 550,00
	3 200,00	3 200,00			0,00	2 720,00

Observations :

Informations :



DOCTEUR KHLAFA MOHAMED
Médecin Spécialiste

En DiabéTologie - En Endocrinologie En Maladies
Nutritionnelles Diplômé De L'université René
Descrates - Paris

الدكتور محمد خلافة
طبيب اختصاصي

في أمراض الغدد أمراض السكري - أمراض
التغذية - خريج جامعة روني ديكرات - باريس

sur rendez - vous

بالموعد

Mohammedia, Le :

06-05-2021

المحمدية في

Nom : Z. Rioui

Prenom : Zouheir

Bilan Biologique

☒ NFS, VS

☐ CRP

☐ Ferritinémie

☒ Glycémie à Jeun

☐ Glycémie 2 Heures Après Repas

☒ HBA 1 C

☒ Cholestérol Total

☒ HDL ☒ LDL

☒ Triglycérides

☒ Aide Urique

☒ Créatinine Sanguine

☒ Urée

☐ Créatinine Urinaire

☐ Micro Albuminurie

☐ Protéinurie Sur 24 heures

☐ SCBU

- P.T.H. / hormone parathyroïdienne -

- Amylaseur / Thyroïde -

☒ SGOT ☒ SGPT

☐ Gamma GT

☐ Phosphatases Alcalines

☐ Sérologie Hépatite B - C

☐ T3 T4

☒ TSH U/S

☐ Anticorps Anti TPO

☐ Anticorps Anti Thyroglobuline

☐ Thyroglobuline

☐ Cortisolémie 8 Heures

☐ Cortisolémie 16 Heures

☐ Prolactinémie

☒ PSA

☒ Vit D2 D3

☒ Calcium Sanguin

☐ Autres


13. زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف: 05 23 32 04 44 - المحمدية
13, Rue Baghdad 1^{er} Étage - Tél: 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email: doc.khlafamohamed@gmail.com

Exemplaire à conserver par l'assuré

Remplir par le Médecin)

ances (à remplir par le Pharmacien)

ce	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
07/05/21	B 2360	3000,00	
N° ICE		N° INP	093000 244
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	
N° ICE		N° INP	

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis	()	Nombre de séances :	Établi le :
Facture	()	Nombre de séances :	Établi le :

Date des soins	Nombre				Montant des honoraires	Signature et cachet du partisan N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	
	N° ICE				N° INP	

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier