

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.



## Complément Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060771

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5745

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

HGT (Réformé)

Nom & Prénom : LAGUERAD

AICHA

Date de naissance : 28/07/59

Adresse : 94 Lot Bouchra Sidi Maarouf CASA

Tél. : 0672763516

Total des frais engagés : 5.000,00 Dh

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Compliment

Zouia Zouheir  
(époux)

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : LAGUERAD

15 FEV. 2015

ACCUEIL H. TIKHAMI

### 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
11/10/2010				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

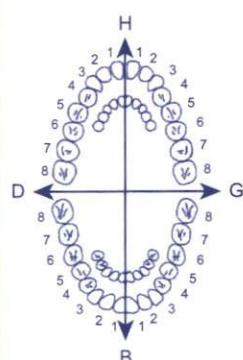
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Quittance De Remboursement  
Maladie Maternite

Société : STE SOREAD N° de sinistre : 91456381  
Contrat n° : V80580100 / 00 N° dossier : 1490352  
N° d'affiliation : 86 Date de survenance : 15/12/2021  
Matricule Société : 0 Date de traitement : 06/01/2022  
Assuré : ZRIOUI ZOUHAIR Date de remboursement : 06/01/2022  
Bénéficiaire : ZRIOUI ZOUHAIR Médecin : \*\*\*\*\*

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Cof (nbre)	Taux %	en Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
R RADIOLOGIE R-Z	5 000,00	5 000,00	0	85.00	0,00	4 250,00
	5 000,00	5 000,00			0,00	4 250,00

Observations :

Informations :



# Déclaration maladie n° 1490352

— À remplir par la société contractante —  
Numéro de police / catégorie .....

Numéro du bordereau .....

Numéro du sinistre .....

Matricule de l'assuré .....

Numéro d'affiliation à AXA Assurance Maroc .....

Cachet de l'entreprise

— À remplir par l'assuré —

Nom : ZRIOUI Prénom : Zouheir

N° de C.I.N : F302109 Date de naissance : 11/12/65

Montant des frais exposés : 5000 dh - DH

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 : Casa, le 27/12/2021

Signature de l'assuré(e)

## Données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir lesdites informations.

01/19

Ref. : G001011

L'assureur garantit notamment 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. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du Service gestion des réclamations AXA Assurance Maroc par courrier à l'adresse : 120-122 Avenue Hassan II - 20 000 Casablanca.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

«conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux traitements de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le N° : A-A-343/2013».

— Cadre réservé à AXA Assurance Maroc —

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

N° :

Nom de l'assuré : .....

Bénéficiaire : .....

Frais exposés : ..... Dh

N° du sinistre : .....

Matricule : .....

Lien de parenté : .....

Date du dépôt du dossier : ..... / ..... / .....

Numéro du bordereau : .....

Numéro d'ordre : .....

Date des soins : ..... / ..... / .....

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 praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
	N° ICE	[REDACTED]			N° INP	[REDACTED]
	N° ICE	[REDACTED]			N° INP	[REDACTED]
	N° ICE	[REDACTED]			N° INP	[REDACTED]

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

**Exemplaire à conserver par**

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 paiement de la facture
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP
N° ICE		N° INP

conserver par

**DOCTEUR KHALAFA MOHAMED**

**Médecin Spécialiste**

**Diplôme d'Endocrinologie**

**Diabétologie - Maladies Nutritionnelles**

-diplômé de l'université

**René Descartes**

**Paris**

**INP 091085530**

**الدكتور خلافة محمد**

**طبيب اختصاصي**

**اختصاصي في أمراض الغدد**

**أمراض السكري - أمراض التغدية**

**خريج جامعة روني ديكارت**

**باريس**

**15.12.2014**

**Mohammedia, Le :** ..... **المحمدية**

**Z Rissi**

**Zouheir**

**Ds hyper Para Thyroid**

**- Scintigraphie  
Para Thyroidie**

**Dr. KHALAFA MOHAMED**  
**Médecin Spécialiste**  
**En Diabétologie - En Endocrinologie**  
**En Maladies Nutritionnelles**  
**Diplômé de l'Université René Descartes Paris**  
**13 rue Baghdad - 1er étage tel : 05 23 32 04 44**

**زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف: 05 23 32 04 44 - المحمدية 13**

**13, Rue Baghdad 1<sup>er</sup> Étage - Tél: 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email: doc.khlafofahmed@gmail.com**

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## FACTURE

N° 150 231 / 2021 du 16/12/2021

Nom patient : **ZRIOUI ZOUHEIR**

Entrée 16/12/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/12/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Scintigraphie à 2 isotopes (parathyroï)	1,00		5 000,00 Sous-Total	5 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>5 000,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CINQ MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>5 000,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>5 000,00</b>				<b>5 000,00</b>	<b>0,00</b>



Casablanca , le 16/12/2021

PATIENT : **ZRIOUI ZOUHEIR**  
MEDECIN TRAITANT : **DR KHLAFA MOHAMED**  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **Scintigraphie à 2 isotopes (parathyroïde)**

### **CONTEXTE CLINIQUE :**

Patient de 56 ans , suivi pour hyperthyroïdie primaire

Bilan fait le 14/12/2021 :

- PTH à 154.6 pg/ml
- Vit D 43.29 ng/ml

### **TECHNIQUE :**

Image scintigraphie thyroïdienne au Tc 99m après injection de 2 mCi

Exploration parathyroïdienne au MIBITc99 après injection de 17mCi

### **PROTOCOLE :**

Image statique thyroïdienne 15 minutes après injection du Tc 99m

Etude dynamique cervicale de 35 minutes après injection du MIBI Tc99m

Image cervicale statique

Image médiastinale

Image tardive 2h après injection du traceur : cou + médiastin

### **Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid**

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,  
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc  
Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77  
[www.hck.fckm.ma](http://www.hck.fckm.ma)

## **RESULTATS :**

### Sur la scintigraphie thyroïdienne :

- Glande thyroïde de taille normale , asymétrie de taille en faveur du lobe droit , captation homogène

### Sur la série d'images dynamiques :

- Absence de fixation élective du MIBI

### Sur les images de soustraction :

- Absence de foyer résiduel fixant le MIBI

### Sur les images tardives :

- Absence de foyer de fixation

## **CONCLUSION :**

Absence de signe scintigraphique évoquant du tissu parathyroïdien hyperfonctionnel

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **PR CHOUKRY**