

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educateur :

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.

Maladie chronique :

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Complément

Déclaration de Maladie

N° M21- 0060771

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : H/F (Réformé)
Nom & Prénom : LAGUERAD AICHA
Date de naissance : 28/07/59
Adresse : 94 Lot Bouchara Sidi Maarouf CASABLANCA
Tél. : 0672763516 Total des frais engagés : 5.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Complément* ZELIOUTI Zouheir (EPOUX)
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*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

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

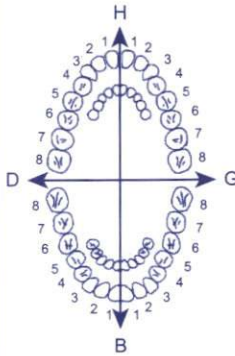
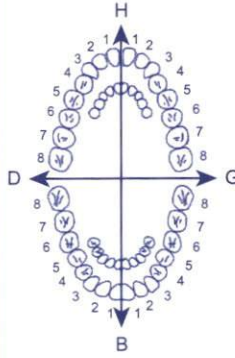
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

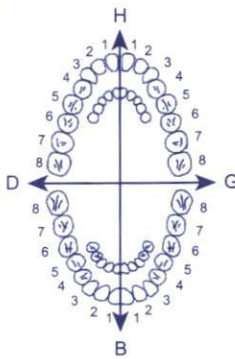
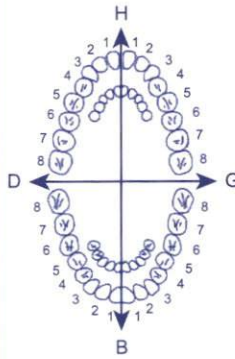
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

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><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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

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 : ZRIOUPrénom : ZouheirN° de C.I.N. : F302109Date de naissance : 11/12/65Montant 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.

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 : 1

Date des soins : / /

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
12/12/2011	Scintigraphie Osseuse		
	N° ICE		N° INP
	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 praticien 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
-----------------	---------------

Exemplaire à conserver par

Renseignements concernant le patient

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

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
إختصاصي في أمراض الغدد
أمراض السكري - أمراض التغذية
خريج جامعة روني ديكرت
باريس

Mohammedia, Le : 15.12.2011 الحمدية

Z Rioui
Zouheir

DS hyper PARA Thyroid

- Scintigraphie
PARA Thyroïdienne

HOPITAL CHAÏKH KHALIFA
SERVICE NUCLÉAIRE
N° INP 090061862
E-mail: contact@chkh.kh.ma
Tel: 05 29 03 44 77
Fax: 05 29 03 53 45
Dr. Zouheir Rioui
N° INP 090061862

Docteur KHALAFA MOHAMED
Médecin Spécialiste
En Diabétologie - En Endocrinologie
Diplômé de l'Université René Descartes Paris
13 rue Baghdad - 1er étage tél : 05 23 32 04 44

13, زنفة بغداد الطابق الأول - الهاتف: 05 23 32 04 44 - الحمدية

13, Rue Baghdad 1^{er} Étage - Tél: 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email: doc.khlafohamed@gmail.com

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

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
PRESTATIONS INTERNES				
- Scintigraphie à 2 isotopes (parathyroï	1,00		5 000,00	5 000,00
			Sous-Total	5 000,00
Total Frais Clinique				5 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CINQ MILLE DIRHAMS	Total	5 000,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	5 000,00				5 000,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 03 44 77
 E-mail : contact@hchmk.ma
 N° INP 090061862

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
 CHEIKH KHALIFA
 SERVICE NUCLEAIRE



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 105 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



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**

