

# 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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11168

Société :

RAN.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIT ELDAAOUA Housseine

Date de naissance :

16/01/55

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément mutuelle

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

ALD NINJA 10

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-

médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca P.

Le : 07/06/2013

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
				INP : <input type="text"/>

### 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63 / 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

001748386000083  
N° de facture : 35870583  
01006693  
NSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie  
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 13-05-2023

**Mr. Mohamed Amine LAHLOU**

FACTURE N°	2305131011
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0110	Cholestérol HDL +LDL	B80	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PS	Prélèvement sang	E25	B
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Cholestérol Total	B30	B
0361	Marqueur Tumoral :Antigène prostatique spécifique : PSA	B300	B
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0223	VS	B30	B

Total de B : 870

TOTAL DOSSIER	1190.80 DH
---------------	------------

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix dirhams quatre-vingts centimes



Page 2 / 2

### BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

<b>Acide Urique:</b>	59.00 mg/l	(<71.00)
<b>Urée:</b> (Soit:)	0.43 g/l 7.17 mmol/l	(0.10–0.50) (1.67–8.34)
<b>Créatinine:</b> (Soit:)	11.0 mg/l 99.0 µmol/L	(6.0–13.0) (54.0–117.0)
<b>HbA1c (HPLC):</b> (Arkray) soit:	5.9 % 41 mmol/mol	(4.0–6.5) (20–48)
<b>Cholestérol total:</b>	1.34 g/l 3.47 mmol/L	(<2.00) (<5.17)
<b>Cholestérol HDL:</b>	0.69 g/L 1.78 mmol/L	(>0.40) (>1.03)
<b>Cholestérol LDL:</b>	0.53 g/L 1.37 mmol/L	(<1.60) (<4.14)
<b>Triglycérides:</b>	0.58 g/L 0.66 mmol/L	(0.40–1.50) (0.46–1.71)

### ENZYMOLOGIE

Roche Cobas 6000

<b>Transaminases SGOT (ASAT):</b>	17 UI/L	(<37)
<b>Transaminases GPT (ALAT):</b>	16 UI/L	(<37)

### MARQUEURS

<b>PSA total:</b>	0.88 ng/mL	(<4.00)
-------------------	------------	---------

Fin du compte rendu

**Med Kamal BOUTALEB**

OMNIPRATICIEN

Expert auprès des Tribunaux

Diplômé en Médecine du travail

Pour établir les certificats du permis de conduire  
à ce dépôt des bus (Tac) - Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

CASABLANCA

**الدكتور محمد كمال بوطالب**

الطب العام

طبيب لدى المحاكم

اختصاصي في طب الشغل

محمد لإنجاز شهاد رخص السيارة

زاوية شارع ييلازران و زنقة ابن شهيد

أمام حافلات النقل (طاك) - المعاريف - الطابق 2

الهاتف : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

الدار البيضاء

ns

مخ  
الت

Casablanca, le :

Dr LAKHN ABD Ansi

**PHARMACIE AYMANE**  
**AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Mueller, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tanganil 500mg cp b30  
P.P.V : 50,10 DH

6 116001 183340

i  
nacien  
nprimé.  
cas de  
contenir  
ice,  
iger pour  
que.  
00 mg,  
n si vous  
riez prendre

Illez, si vous  
e grossesse,  
ou pharmacien

intient :  
3 paragraphes  
«Mises en garde

ANIL 500 mg,

PPV: 40DH00  
PER: 02/26  
LOT: M383

en deux prises matin

able selon

**PHARMACIE AYMANE**  
**AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Mueller, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

VS 2ième heure  
VS 2ième heure

20 mm      (<15)  
34 mn

Dr A. AZEDDOUG  
Médecin biologiste

Biologistes Responsables :  
Dr. A. AZEDDOUG  
Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n° 2020/85901

Dossier Validé



Prescripteur : Dr MOHAMED KAMAL BOUTALEB

Dossier ouvert le : 13-05-2023 08:08

Réf : 2305131011

Édité le : 15-05-2023

Compte Rendu d'Analyse  
Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Mr. LAHLOU Mohamed Amine

Page 1

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

#### NUMERATION

Leucocytes :	10 040	/mm3	(4 000-10 000)
Hématies :	4.67	M/mm3	(4.00-5.70)
Hémoglobine :	14.1	g/100ml	(12.5-17.2)
Hématocrite :	42.1	%	(39.5-50.5)
VGM :	90.1	μ3	(80.0-99.0)
TCMH :	30.2	pg	(27.0-33.0)
CCMH :	33.5	g/100ml	(29.0-36.0)

#### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	62.2	%	(40.0-75.0)
Soit:	6 245	/mm3	(2 000-7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	2.2	%	(1.0-4.0)
Soit:	221	/mm3	(100-400)
Polynucléaires Basophiles :	0.3	%	(0.0-1.0)
Soit:	30	/mm3	(0-150)
Lymphocytes :	25.5	%	(20.0-45.0)
Soit:	2 560	/mm3	(1 500-4 000)
Monocytes :	9.8	%	(2.0-12.0)
Soit:	984	/mm3	(200-800)

#### PLAQUETTES

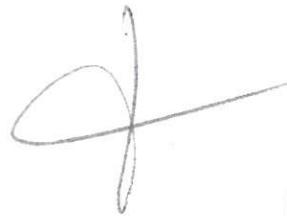
Plaquettes :	253 000	/mm3	(150 000-400 000)
VMP:	9.9	fl	

VS.1ère heure	20	mm	(<15)
VS 2ième heure	34	mn	

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n° 2020/85901 Dossier Validé

Dr A. Azeddoug  
Médecin biologiste  


Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant		200-
pharmacie	 6/5/93 <b>PHARMACIE AYMANE</b> AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleur 3 BIS, Rue Henri Mauger, Résidence Taibil III, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 59 2	96 900
analyses / audiologie	13/6/93 B: 870. 11/90. 20. 11/91	
externes / auxiliaires médicaux		

**Docteur Med Kamal BOUTALEB**

OMNIPRATICIEN

Expert auprès des Tribunaux

Diplômé en Médecine du travail

Agrée pour établir les certificats du permis de conduire  
face dépôt des bus (Tac) - Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

CASABLANCA

**دكتمال بوطالب**

الطب العام

خبير لدى المحاكم

إختصاصي في طب الشغل

محتمل لإنجاز شهاد رخص السيارة

زاوية شارع بيرأنزان و زنقة ابن شهيد

أمام حافلات النقل (طاڭ) - المعارض - الطابق 2

الهاتف : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

الدار البيضاء

Casablanca, le :

Dr. KAMAL BOU TALEB

21 NFS-p

y usū + rechmū

21 Hepatit glycémie

21 V-S

21 T60-T6P

21 cholestrol Hdl + LDL e HDL

21 T6

21 Acidi uric

21 PSA tanz

VOLET RECHARGEABLE

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

## ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- **Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- **En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- **Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.
- **Protection des 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 les dites 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 conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformité@wafaassurance.co.ma

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.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous évitez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 016  
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant  
[www.wafaassurance.ma](http://www.wafaassurance.ma)

## DECLARATION DE MALADIE :

21224

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Déntaire

Optique

Total des frais engagés

200 + 269 + 1190,8

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Dr Lahcen LS Age

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

21224666

DECLARATION

CONTRAT N° : ..... CERTIFICAT N° .....

NOM DU MALADE : .....

DATE DE CONSULTATION : .....

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS : .....



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance



تامين الوفاء  
Waifa Assurance

## Décompte de Remboursement

### Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : SOCIETE

/ 1101 /

CONTRAT N° : 9165 60 / 461500

NOM DE L'ASSURE : LAHLOU MOHAMMED AMINE

CERTIFICAT N° : 4034183 MATRICULE:4034183

BENEFICIAIRE : LAHLOU MOHAMMED AMINE

DATE DE LA DECLARATION : 06/05/2023

DECLARATION N° : 21224666

/

DATE DE REMBOURSEMENT : 25/05/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
13	Analyses medicales	1190.80		1190.80		85.0%	1012.18
15	Pharmacie	269.00		269.00		85.0%	228.65
5	Consultation specialiste	200.00		200.00		85.0%	170.00
TOTALS		1659.80		1659.80			1410.83
OBSERVATIONS :							

\* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels