

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

- 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIFI KHALID

Date de naissance : 08.09.1957

Adresse : 78 AL ASSIZ MOHAMMED

Tél. : 0668407177

Total des frais engagés : 1570.82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pour
COMPLÉMENT

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 :

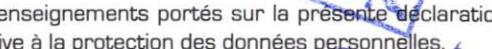
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : MOHAMMED

Le : 12/08/2013

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 de l'ODF.

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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'EXECUTION

Docteur EL ALAOUI - SAUSSI
TAQA ALLAH Malika

Médecine Générale

168, Bd. Monastir - Derb Chabab
Al Alia - Mohammedia
Tél : 05 23 32 31 05

الدكتورة العلوى الصوصى
تقى الله مالكة
الطب العام

168, شارع منستير، درب الشباب
العالية - المحمدية
الهاتف : 05 23 32 31 05

Mohammedia, le : 23 01 2023



1) NFS

2) TS H

3) Glyco → a1 + HbAc

4) Urée C2d → + chaux d'la

5) Transaminases

6) cholest et trig

7) Triglycerides

Dr. EL ALAOUI SAUSSI
TAQA ALLAH Malika
Médecine Générale
168, Bd Monastir Derb Chabab
El Alia Mohammedia Tél : 05 23 31 05

ALAOUI - SAUSSI

ALLAH Malika

cine Générale

inastir - Derb Chabab

- Mohammedia

05 23 32 31 05

الدكتورة العلوى الصوصى

تقى الله مالكة

الطب العام

168، شارع منستير، درب الشباب

العالية - المحمدية

الهاتف : 05 23 32 31 05

Mohammedia, le 23 01 2023

EL KHALFI Fatiha

دكتورة
CIE JAC. R. IDA
ay Slina
Gera
2023.1.10
2023.1.10

55,- 1) Paromendol 

2,20 2) Calafine 

52,90 3) Isol 

3) Spasmag 

13,- 4) Jump x 2 

5) Stenogon 15 No 

5) Jump Blister 

30,- 6) Re padim 

6) polypr 

38,30 7) polypr 

294,40 8) polypr 

Dr. ALAOUI SAUSSI
ALLAH Malika
cine Générale
inastir - Derb Chabab
Mohammedia
05 23 32 31 05

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 : conformite@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 éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17/99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21163632

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

Dr. EL ALAOUI SAUSSI
TAQQA ALLAH Malika
Médecine Générale
168 . Bd Monastir Darb Chabab
EL ALAOUI

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : EL KHALIFI Fatiha Âge

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

Brûlure + Asthme et Allergie

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

DECLARATION

CONTRAT N° : CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE :

DATE DE CONSULTATION :

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

21163632

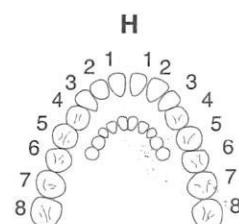
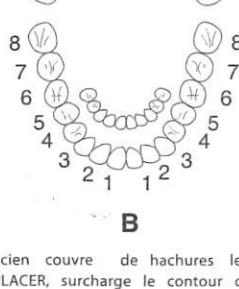


تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	23/01/23	<p>Dr. EL ALAOUI SAUSSI ZAKA ALLAH Maima Médecine Générale 168 , Bd Monastir Derb Chacab El Aïla Mohammédia Tel: 05 23 32 31 03</p>	1300 Dhs
Pharmacie	23-1-23	<p>PHARMACIE Bd. Moulay Yacoub R. Rue El Gnaouia Tel: 05 23 31 66 66 Casablanca</p>	397,40 Dhs
Analyses / Radiologie	25/01/23	<p>Laboratoire "EMILE ZOLA" Dr. Riziane BERRADA 195, Bd Emile Zola - Casablanca</p>	1043,40 Dhs
Auxiliaires médicaux			

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE

SOINS	PROTHESE	
		Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>
		Date : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>
		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>
		Date de l'appareillage : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

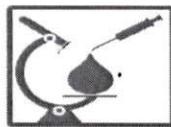
VOLET DÉTACHABLE



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »
BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE - SPERMOLOGIE - TOXICOLOGIE
مختبر التحاليل الطبية إميل زولا

Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi

2301250005 - Mme FATIHA EL KHALFI



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »
BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE - SPERMIROLOGIE - TOXICOLOGIE
مختبر التحاليل الطبية إميل زولا

Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi

2301250005 - Mme FATIHA EL KHALFI

BILAN ENDOCRINIEN

21-06-2021

0.93

TSH Ultra-sensible

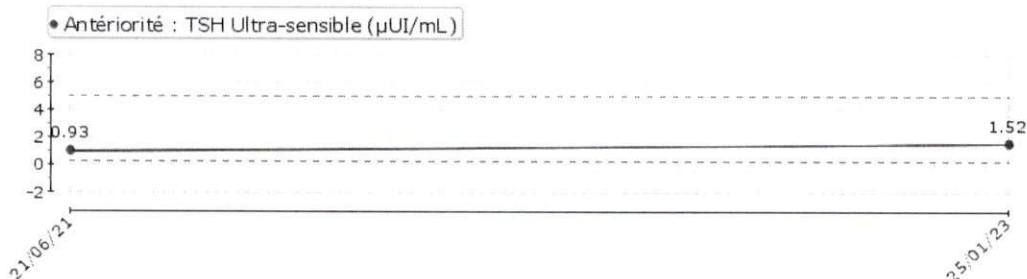
(BIOMERIEUX® Vidas - Tech ELFA)

1.52 μ UI/mL

Interprétation en μ UI/mL:

- < 0,15 : Hyperthyroïdie
- 0,25 - 5 : Euthyroïdie
- > 7 : Hypothyroïdie

Chez le nouveau-né, la TSH augmente à la 30^{ème} minute de vie (80 μ UI/mL) puis retour à la normale vers 2-5 jours.



BIOCHIMIE URINAIRE

CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMÉE (Formule MDRD)

(MDRD = Modification of Diet in Renal Disease)

Clairance de la créatinine 93.3 mL/min

Interprétation selon les recommandations HAS 2002 :

- Clairance normale : > 60 mL/min
- Insuffisance rénale modérée : 30 - 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 - 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < 15 mL/min

Validé biologiquement par : Docteur BERRADA Rizlane

LABORATOIRE "EMILE ZOLA"
Dr. R. BERRADA
195, 8d Emile Zola - Casablanca
Tél & Fax : 05 22 24 20 03 - GSM : 06 23 80 74 57



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »
BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE - SPERMOLOGIE - TOXICOLOGIE
مختبر التحاليل الطبية إميل زولا

Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi

2301250005 - Mme FATIHA EL KHALFI

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Numération Formule Sanguine)

SYSMEX® KX21 " Valeurs de référence en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique et d'une grossesse "

21-06-2021

Hématies (Globules rouges):	4.29	M/mm3	(3.90-5.40)	4.23
Hémoglobine :	13.3	g/dL	(12.0-16.0)	13.2
Hématocrite :	38.8	%	(35.5-45.5)	38.2
VGM :	90.4	fL	(80.0-99.0)	90.3
TCMH :	31.0	pg	(27.0-32.0)	31.2
CCMH :	34.3	g/dL	(32.0-36.0)	34.6
RDW :	12.5	%	(11.5-14.0)	12.5
Leucocytes (Globules blancs):	7 100	/mm3	(4 000-10 000)	6 600
Polynucléaires Neutrophiles :	65	%		54
Soit:	4 615	/mm3	(1 500-7 500)	3 564
Lymphocytes :	27	%		38
Soit:	1 917	/mm3	(1 000-4 000)	2 508
Monocytes :	7	%		7
Soit:	497	/mm3	(<1 100)	462
Polynucléaires Eosinophiles :	1	%		1
Soit:	71	/mm3	(0-600)	66
Polynucléaires Basophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0-150)	0
Plaquettes :	271	x1000/mm3	(150-400)	249
VMP :	9.8	µm3	(6.0-11.0)	9.8

Commentaire :

Hémogramme normal contrôlé sur Frottis Sanguin.



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES « EMILE ZOLA »
BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE - SPERMIROLOGIE - TOXICOLOGIE
مختبر التحاليل الطبية إميل زولا

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi

Date de la demande : 25-01-2023

Code patient : 2105040002

Né(e) le : 01-01-1964 (59 ans)

Mme EL KHALFI FATHIHA

Dossier N° : 2301250005

Prescripteur : Dr MALIKA EL ALAOUI SAUSSI
TAQA ALLAH



BIOCHIMIE SANGUINE

21-06-2021

Glycémie à jeun 1.25 g/L (0.70-1.10) 1.14
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas) 6.94 mmol/L (3.89-6.11)

Interprétation:

- 0,70 à 1,10 g/L : Taux normal
- entre 1,10 et 1,26 g/L : Diminution de la tolérance au glucose
- > 1,26 g/L : Sujet diabétique
(sur deux prélèvements distincts)

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 6.07 % (4.00-6.00)

Interprétation:

- 4,00 à 6,00 % : Sujet normoglycémique
- autour de 6,50 % : Sujet diabétique équilibré
- > 8,50 % : Diabète mal équilibré

Urée 0.25 g/L (0.17-0.49)
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas) 4.17 mmol/L (2.83-8.16)

Créatinine 6.5 mg/L (5.0-11.0)
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas) 57.5 µmol/L (44.2-97.2)

21-06-2021

Triglycérides 1.05 g/L (<1.50) 1.19
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas) 1.20 mmol/L (<1.71)

21-06-2021

Cholestérol Total 2.14 g/l (<2.00) 2.09
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas) 5.54 mmol/L (<5.17)

21-06-2021

GOT Transaminases (ASAT) 16 UI/L (<32) 20
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas)

21-06-2021

GPT Transaminases (ALAT) 12 UI/L (<33) 13
(ROCHE DIAGNOSTICS® Cobas)

CLAUSE " 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'assureur/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 Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assureur/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.

CLAUSE " 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.

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR
NOM DE L'ASSURE EL KHALFI FATIHA
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 21163632 / 91275

/ 1067546

CONTRAT N° 9106 60 / 357000
CERTIFICAT N° 2185878 MATRICULE 343
DATE DE LA DECLARATION : 23/01/2023
DATE DE REMBOURSEMENT : 09/03/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT	CODE PROFESSIONNEL
								CODE PROFESSIONNEL
1	Consultation	130.00		130.00		80%	104.00	
13	Analyses médicales	1043.40		1043.40		80%	834.72	
15	Pharmacie	397.40		172.40		80%	137.92	
TOTAUX		1570.80		1345.80			1076.64	
OBSERVATIONS :								