

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

187500

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12341

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAAKOURI Soumaima

Date de naissance : 08/03/1986

Adresse : 29, Rue Alou Aman El Hanie, 21 Ans, Casab

Tél. 0662 8393 39 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade :

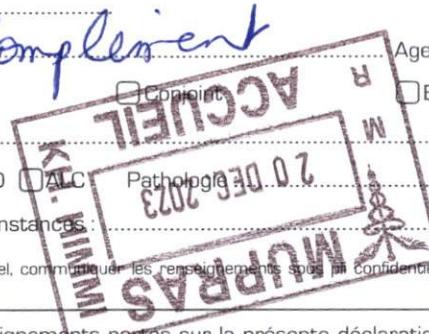
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Parent Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emballage 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) : *oujou M*

VOLET ADHERENT

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 - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

The diagram shows the 16x16 matrix H with eigenvalues and eigenvectors. The matrix is represented by a grid of 256 circles, where the value in each circle is its eigenvalue. The eigenvalues are arranged in a symmetric pattern: the center value is 1, with values increasing to 8 at the corners. The matrix is labeled with H at the top, D on the left, and B at the bottom. Eigenvectors are shown as arrows originating from the center circle, pointing outwards. The arrows are labeled with letters: ψ_1 through ψ_8 for the outermost circles, and ψ_1 through ψ_4 for the inner circles. The arrows point in various directions, representing the spatial distribution of each eigenstate.

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant de Honoraire
--	---------------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement -
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 11608 /
19

NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALOUI RACHID

BENEFICIAIRE : MEDAGHRI ALOUI RACHID

DECLARATION N° : 23167729 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

CERTIFICAT N° : 3605836 MATRICULE: 3605836

DATE DE LA DECLARATION : 16/09/2023

DATE DE REMBOURSEMENT : 31/10/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	150.00		150.00		80.00%	120.00
15	Pharmacie	1096.50		1096.50		80.00%	877.20
13	Analyses medicales	513.12		513.12		80.00%	410.50
TOTALS		1759.62		1759.62			1407.70

OBSERVATIONS :

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.

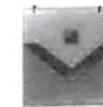
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

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

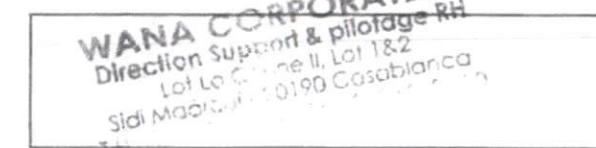
Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIEGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL. 05 22 54 65 55 R.C. 31 719 I.F. 01085467 I.C.E. 00008373600004
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 : 23167729

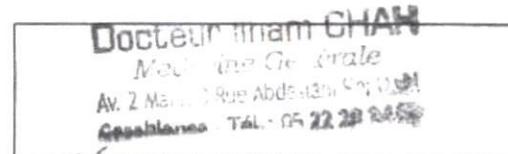


60/359800

3605836 Matricole Sté :
Medaghri Alain Rachid

Médical Dentaire Optique

1759,62 dh



16/09/2023

Medaghri Alain Rachid
Age _____

Lui-même Conjoint Enfants

Alzheimer - Objet de la maladie
Doux - Objet de la maladie

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

CERTIFICAT N°

23167729

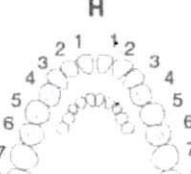


تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
16-09-2023	Docteur Niham CHAM Médecin Généraliste Av. 2 Nasser - Casablanca - Tél. 05 22 33 59 53 PHARMACIE DE L'ACCOLINE Sur place 05 22 33 59 53 CARREFOUR Sidi M'hamed (Ancien Makro) Casablanca - Tel. 05 22 33 59 53 WhatsApp : 06 62 12 38 18 Ref. : 36103109 - Ifs : 50731792 - CNSS : 6063490 Email : paracetamol2011@gmail.com	1500
Pharmacie	N° 69/23 INPE : 092037209	1096,80
Analyses / Radiologie	16109/2023 B.460	513,12
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	
H		Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins
D		Date : <input type="text"/>
G		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/>
B		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse
<p>Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets. Indique la nature de l'appareil le nombre de dents artificielles et de crochets</p>		Date de l'appareillage : <input type="text"/>

VOLET DÉTACHABLE

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



MÉDAG HA IN APOU Radid
Ordonnance

79,70

Casablanca, Le 16-07-2023

- ① Aze + 400 - 9 10 (i) 10/3 22,70
- ② Récologie cible 5 10 (i) 10/3 30,00
- ③ Fluipro - 5 100 500 84,40
- ④ Lipofloog 100 - 5 10 (i) 10/3 19,10
- ⑤ Glicad 1000 2x 15,20 30,40
- ⑥ Paracétamol 500 100 - 5 10 (i) 10/3 46,70
- ⑦ Zymorol 100 3x 281,00 843,00
- ⑧ Tricovizaz spray 36 100 - 5 10 (i) 10/3 10,00

T-10967

PHARMACIE DE LA COLLE
500 Maatouf (Ancien Makro)
fur parking CARREFOUR
Casablanca. Tel.: 05 22 13 51 77 / 05 22 33 59 53
WhatsApp: 06 62 12 3603
Email: paracetamol11@hotmail.fr
RC: 26458 - Pat: 36103109 - F: 90131792 - CIN: 0633490

8, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N°2 - Casablanca

الهاتف: 06 61 46 84 49 / Tél: 05 22 28 34 52

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

S.P.

Dr. Ilham CHAH
Médecine Générale
Casablanca, Tel: 05 22 28 34 52

Docteur Ilham CHAH
Medecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi
Casablanca - Tél: 05 22 28 38 38

Le: 16-07-2023



Nom/Prénom RACHIDA KHEDDAOUI :
Rachida

Sexe : H F

SANG :

- Groupe
- Rhésus
- NFS / plaquettes
- VS
- CRP
- Cholestérol total, HDL, LDL
- Triglycérides
- Glycémie à jeun
- Glycémie postprandiale
- HbA1c
- Ferritine
- Vitamine D
- Ionogramme sanguin
- Urée
- Acide urique
- Crétatnine
- DFG
- ASAT
- ALAT
- Phosphatases alcalines
- Gamma GT
- Electrophorèse des protéines
- TSH us
- T3, T4

URINE :

- Diurèse des 24h
- Protéinurie des 24h
- Crétatnine des 24h
- ECBU et antibiogramme
- Ionogramme urinaire

SELLES :

- Coprologie des selles
- Parasitologie des selles

BILAN ALLERGOLOGIQUE :

- IgE totales
- IgE spécifiques :
.....
.....

Autres :

Bi-Linéarhia de-ech
la indigote

Docteur Ilham CHAH

Medecine Générale

Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi

Casablanca - Tél: 05 22 28 38 38

Examen de : **M. RACHID MEDAGHRI ALAOUI**
Dossier N° : 2309161004 du 16-09-2023

01-04-2022

Bilirubine totale

7.2	μmol/L	(3.4-20.8)	14.8
4.2	mg/L	(2.0-12.0)	
1.9	μmol/L	(<8.6)	3.8
1.1	mg/L	(<5.0)	
5.3	μmol/L		11.0
3.1	mg/L		

Bilirubine conjuguée (directe)

(Diazotisation)

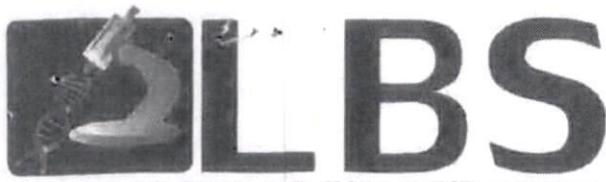
Bilirubine libre (indirecte)

(calculée)

(RC) : Résultat contrôlé

Édition validée par : **REEMPLACANT BIOLOGISTE**





LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA

Analyses médicales et biologie spécialisée



M. MEDAGHRI ALAOUI RACHID
29 RUE ABOU OMAR AL HARITE ETG 02 APPT 07
20000 CASABLANCA



2209181994

DDN : 09-03-1984

Dossier : 2309161004

Du : 16-09-2023 à 09:05

Prélèvement du : 16-09-2023 au labo

Cher patient, nous vous remercions de votre confiance, et vous transmettons Vos résultats.

Compte-rendu complété

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

				02-10-2022
Acide Urique (Dosage enzymatique)	0.42 71.19	mmol/L mg/L	(0.21-0.42) (35.60-71.19)	0.46
Cholestérol total (Dosage enzymatique)	1.73 4.47	g/l mmol/L	(<2.20) (<5.69)	1.82
Triglycérides (RC) (Dosage enzymatique)	1.51 1.71	g/L mmol/L	(<1.50) (<1.70)	1.40
HDL-Cholestérol (RC) (Dosage enzymatique)	0.33 0.85	g/L mmol/L	(>0.40) (>1.03)	0.36
LDL-Cholestérol (calculé selon la formule de Friedwald)	1.10 2.85	g/L mmol/L	(<1.80) (<4.14)	1.18

Indications du traitement médical selon les recommandations AFFSAPS de mars 2005 :

- 0 Facteur de risque : LDL > 5,70 mmol/L (2,20 g/L)
- 1 Facteur de risque : LDL > 4,90 mmol/L (1,90 g/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL > 4,14 mmol/L (1,60 g/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL > 3,36 mmol/L (1,30 g/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL > 2,58 mmol/L (1,00 g/L)

Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	22	UI/L	(<40)	26
Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	45	UI/L	(<55)	40
Phosphatase alcaline (PAL) (RC) (Dosage enzymatique)	59	UI/L	(60-275)	120
Gamma glutamyl-transferase (GGT) (Dosage enzymatique)	36	UI/L	(12-64)	34



Page 1 sur 2



INPE : 093060820



مختبر البيولوبيا سبطة للتحاليل الطبية والمتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées

Dr.LOUAHABI Amal



M. MEDAGHRI ALAOUI RACHID
29 RUE ABOU OMAR AL HARITE ETG 02 APPT 07
20000 CASABLANCA

FACTURE N° 230900190

Dossier : 2309161004 du : 16-09-2023 à 09:05



PPRESCRIPTEUR :

ACTE :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	prélèvement sanguin adulte	E25	E
0100	Acide urique sanguin	B30	B
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol HDL	B50	B
0134	Triglycérides	B50	B
0141	Gamma glutamyl transférase (G G T)	B50	B
0143	Phosphatases Alcalines	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

FACTURATION:

Nombre B : 460 Nombre HN : 0 Actes en'Dh : 25

Total en DH : 513.12

cinq cent treize dirhams douze centimes

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.
CASABLANCA, le Samedi 16 Septembre 2023

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Facturation
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie
20360 - Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@labo-lbs.com

Page 1 sur 1



Ouvert du Lundi au vendredi de 7h30 à 18h30, le Samedi de 8h à 12h30. Urgences 24/24

24 rue Savoie - RDC de la Résidence Savoie - 20100 Casablanca. TEL : 05 22 27 26 22 FAX : 05 22 27 78 87 URGENCES : 06 74 65 13 13
Web : www.labolbs.com E-mail: contact@labolbs.com CNSS : 8992332 Patente : 36337018 IF : 40133809 IBAN (BMCI) : 013 780 01245 00000600122 RIB 48
ICE 001670417000055 INPE : 093060820

