

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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



Déclaration de Maladie

W21-833147

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12301 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 08/03/1984

Adresse : 29, Rue Abou Aman El Haini, El Nasr, Casablanca

Tél. 0662839339 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Complément Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 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) :

VOILET ADHERENT

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

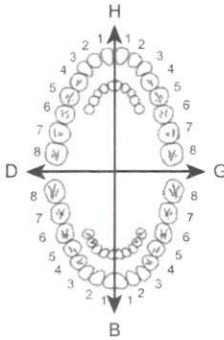
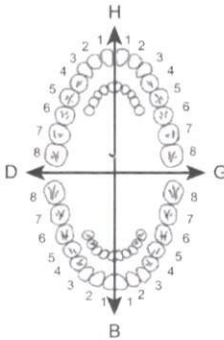
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					<input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS														
					<input type="text"/>														
					DEBUT D'EXECUTION														
					<input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION														
					<input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS														
					<input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION															
				<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement - Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 11608 /
19
NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID
BENEFICIAIRE : MEDAGHRI ALAOUI 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
TOTAUX		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 remises 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.

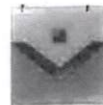
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

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.



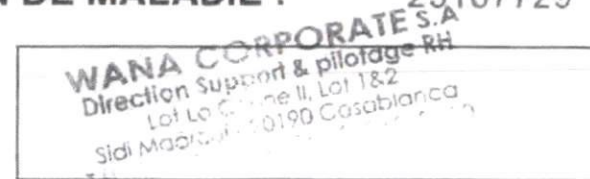
تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIEGE SOCIAL : 1 BD ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL: 05 22 54 55 55 - R.C. 31 719 - IF: 01085457 ICE: 000003/26000004
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

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

60/359800

N° affiliation :

3605836 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghni Alaoui Radid

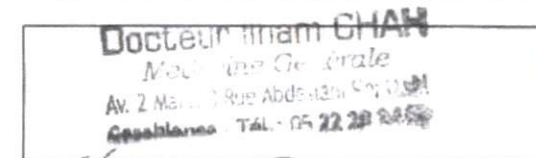
Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

1759,62 dh

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

16/09/2023

Nom et prénom du malade :

MEAGHNI ALAOUI Radid

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfants

Nature de la maladie :

Arthrose - OR - dentaire

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°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

CERTIFICAT N°

23167729



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

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

Date de l'appareillage : _____

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

M. MEDAGHRI Arou Rachid

Ordonnance

Casablanca, Le 16.09.2023

79.70

① Aze x 500 → 9

10/10/3

② Rho x 500 → 5

15/15/5

③ Fluip → 5

10/10/5

④ Pipalona → 5

10/10/5

⑤ Vit c 1000 → 5

10/10/5

⑥ Analibiosqua → 5

10/10/5

⑦ Eufonic 100 → 3

10/10/3

⑧ Tricovivas spray → 3

10/10/3

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

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

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

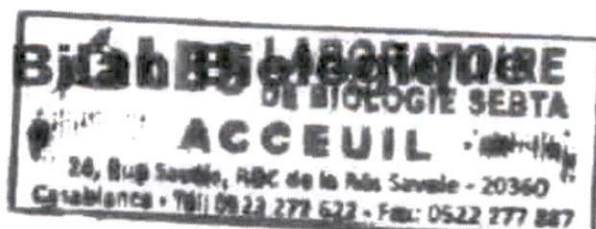
PHARMACIE DE LA COLLEGE
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Jardin Majorelle)
Casablanca - Tel.: 05 22 33 51 71 / 05 22 33 55 65
Whatsapp: 06 61 46 84 49 / 05 22 33 51 71
Email: paracetamol@pharmacie-de-la-college.ma



Docteur Ilham CHAH
Medicine Generale
Av. 2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 28 34 52

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi
Casablanca - Tél.: 05 22 20 34 42

Le: 16-07-2023



Nom/Prénom HAMEDA GHARIA LAOU Age: Rachid

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
- ☐ Créatinine
- ☐ DFG
- ☒ ASAT
- ☒ ALAT
- ☒ Phosphatases alcalines
- ☒ Gamma GT
- ☐ Electrophorèse des protéines
- ☐ TSH us
- ☐ T3, T4

URINE :

- ☐ Diurèse des 24h
- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ Créatinine des 24h
- ☐ ECBU et antibiogramme
- ☐ Ionogramme urinaire

SELLES :

- ☐ Coprologie des selles
- ☐ Parasitologie des selles

BILAN ALLERGOLOGIQUE :

- ☐ IgE totales
- ☐ IgE spécifiques :

Autres :

Bilirubinémie élevée
à indigence
de l'hémoglobine

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi
Casablanca - Tél.: 05 22 20 34 42

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

01-04-2022

Bilirubine totale

7.2 $\mu\text{mol/L}$ (3.4-20.5) 14.8

Bilirubine conjuguée (directe)
(Diazoréaction)

4.2 mg/L (2.0-12.0)

1.9 $\mu\text{mol/L}$ (<8.6) 3.8

Bilirubine libre (indirecte)
(calculée)

1.1 mg/L (<5.0)

5.3 $\mu\text{mol/L}$ 11.0

3.1 mg/L

(RC) : Résultat contrôlé

Edition validée par : REMPLACANT BIOLOGISTE



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



2309161004

Compte-rendu complet

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.

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Acide Urique (Dosage enzymatique)	0.42	mmol/L	(0.21-0.42)	02-10-2022	0.46
	71.19	mg/L	(35.60-71.19)		
Cholestérol total (Dosage enzymatique)	1.73	g/l	(<2.20)	02-10-2022	1.82
	4.47	mmol/L	(<5.69)		
Triglycérides (RC) (Dosage enzymatique)	1.51	g/L	(<1.50)	02-10-2022	1.40
	1.71	mmol/L	(<1.70)		
HDL-Cholestérol (RC) (Dosage enzymatique)	0.33	g/L	(>0.40)	02-10-2022	0.36
	0.85	mmol/L	(>1.03)		
LDL-Cholestérol (calculé selon la formule de Friedewald)	1.10	g/L	(<1.60)	02-10-2022	1.18
	2.85	mmol/L	(<4.14)		

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)	02-10-2022	26
Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	45	UI/L	(<55)	02-10-2022	40
Phosphatase alcaline (PAL) (RC) (Dosage enzymatique)	59	UI/L	(60-275)	01-04-2022	120
Gamma glutamyl-transferase (GGT) (Dosage enzymatique)	36	UI/L	(12-64)	02-10-2022	34

Page 1 sur 2





مختبر البيولو جيا سبتا للتحاليل الطبية و المتخصصة

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 0 (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 Résidence 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.labo-lbs.com E-mail: contact@labo-lbs.com CNSS: 8992332 Patente : 36337018 IF : 40133809 IBAN (BMCI): 013 780 01245 00000600122 RIB 48
ICE 001670417000055 INPE: 093060820

