

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6856

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELTEMSI

ETTOUKERI

A89317

Date de naissance : 02-04-67

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 61 41 61 06

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : HAOUDY SANAE

Age : 55

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 : 02/11/123

Signature de l'adhérent(e) : M

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 - RADIOPHOTOGRAPHIES

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 canalaire, 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

O.D.F 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

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 : STE PROMOPHARM

/ 11624 /
90

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900

NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE

CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE: 4931132

BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE

DATE DE LA DECLARATION : 09/10/2023

DECLARATION N° : 22981161

/ 22981161

DATE DE REMBOURSEMENT : 02/11/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		90.00%	270.00
13	Analyses medicales	226.00		226.00		90.00%	203.40
14	Radiologie	500.00		500.00		90.00%	450.00
TOTALS		1026.00		1026.00			923.40
OBSERVATIONS :							

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

Décompte de Remboursement**Maladie-Maternité**

نامين الوفا
Wafa Assurance

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM

/ 11624 /
90

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900

NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE

CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE: 4931132

BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE

DATE DE LA DECLARATION : 09/10/2023

DECLARATION N° : 22981161

/ 22981161

DATE DE REMBOURSEMENT : 02/11/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		90.00%	270.0
13	Analyses medicales	226.00		226.00		90.00%	203.4
14	Radiologie	500.00		500.00		90.00%	450.0
		TOTAUX	1026.00		1026.00		923.4
OBSERVATIONS :							

a cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفه



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 19.10.2023

LABO BENJELLOUN
Mme HAOUDY SANAE
DON 11-10-1968

2310192034



Ordonnance

Sanae Haoudy

Ac Anti TPO

مختبر بنجلون للتحليلات الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beaujjour
Casablanca
Tel : 06000.503.40 - 0622.39.32.84/63
Fax : 0622.39.33.42

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr MARQUAN Fatima
Directeur de Spécialité - Endocrinologie et Maladies Métaboliques
91112464

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :



4^{me} SANAE HAOUY

Scintigraphie
Bordier

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Tel.: +212 529 03 53 45
Fax: +212 529 00 44 77
E-mail: contact@tckm.hck.ma
N°INP 0900615.2

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
CHEIKH KHALIFA
SERVICE NUCLEAIRE

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr MAROUAN Fatima
Directeur de Spécialité - Endocrinologie et Maladies Métaboliques
91112466

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 – 06000 503 40 – Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05.22.39.33.65 www.labobenjelloun.ma

IF 51759668-CNSS 6441662- TP 36004769 - INPE Labo093001360 INP Dr097159024-ICE002980177000019

FACTURE N°: 2310192034ORGANISME: WAFA ASSURANCE
MUTUELLE
Mme SANAE HAOUDY

Date: 19/10/2023



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS 0348	Prélèvement Sanguin Anticorps anti thyroïdiens : AC anti Microsomaux	E25 B150	E B	25.00 MAD 201.00 MAD
			Total	226.00 MAD

Total des B: 150

Montant total de la facture: 226 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **deux cent vingt-six dirhams .**

مختبر بنجلون لتحليلات المخبر
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beausejour
Casablanca
Tel : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53
Fax : 0522.39.33.65

Médecins Nucléaires	Identité Patient	Date : 10/10/2023
- Pr. Malika CAOUI	Nom - Prénom : HAOUDY SANAE	IPP : H0123030701
- Dr. Hanane BOULMANE	Date de naissance : 11/10/1968	N° Dossier : 2300759175
- Dr. Saadia AYACH	Téléphone : 0661975077	Médecin traitant : Pr. MAROUAN
- Dr. Amal MIQDADI		
- Dr. Soufiane BOUCHBOUK		
- Dr. Hamza EL HOUARI		

Motif de la demande : Bilan d'un nodule thyroïdien droit.

Scintigraphie thyroïde au 99mTc

Technique : Acquisition cervicale antérieure 20 min après injection IV de 148 MBq (4 mCi) de 99mTc.

Résultat :

- Thyroïde de taille légèrement augmentée, de fixation hétérogène, de contours réguliers siège d'un nodule médiolobaire droit qui se projette en zone relativement hypofixante.
- Absence d'autres nodules scintigraphiquement décelable.
- Le taux de captation globale du traceur est normal.

Conclusion :

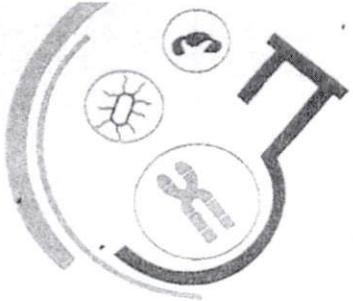
Aspect scintigraphique en faveur d'un nodule droit hypofixant sur un goitre modéré.

Pr. M. CAOUI

Dr. H. BOULMANE

Résidents : Dr. S. AYACH - Dr. A. MIQDADI





ختبر بنجلون للتحاليل الطبية

Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicale

Beauséjour

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOG

Dr. Najib BENJELLOUN

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

Mme HAOUDY SANAE

Date de naissance: 11/10/1968

Dossier N°: 2310192034



PR FATIMA MAROUAN

Date de l'examen: 19/10/2023

BILAN THYROIDIEN

Cobas E411(ROCHE) - Alegria (ORGENTEC) - Hybrid XL (DRG)

Ac Anti-Thyroperoxydase (Ac TPO)

(Electro-Chimi-Luminescence Cobas E411)

17,8 UI/mL ($<34,0$)

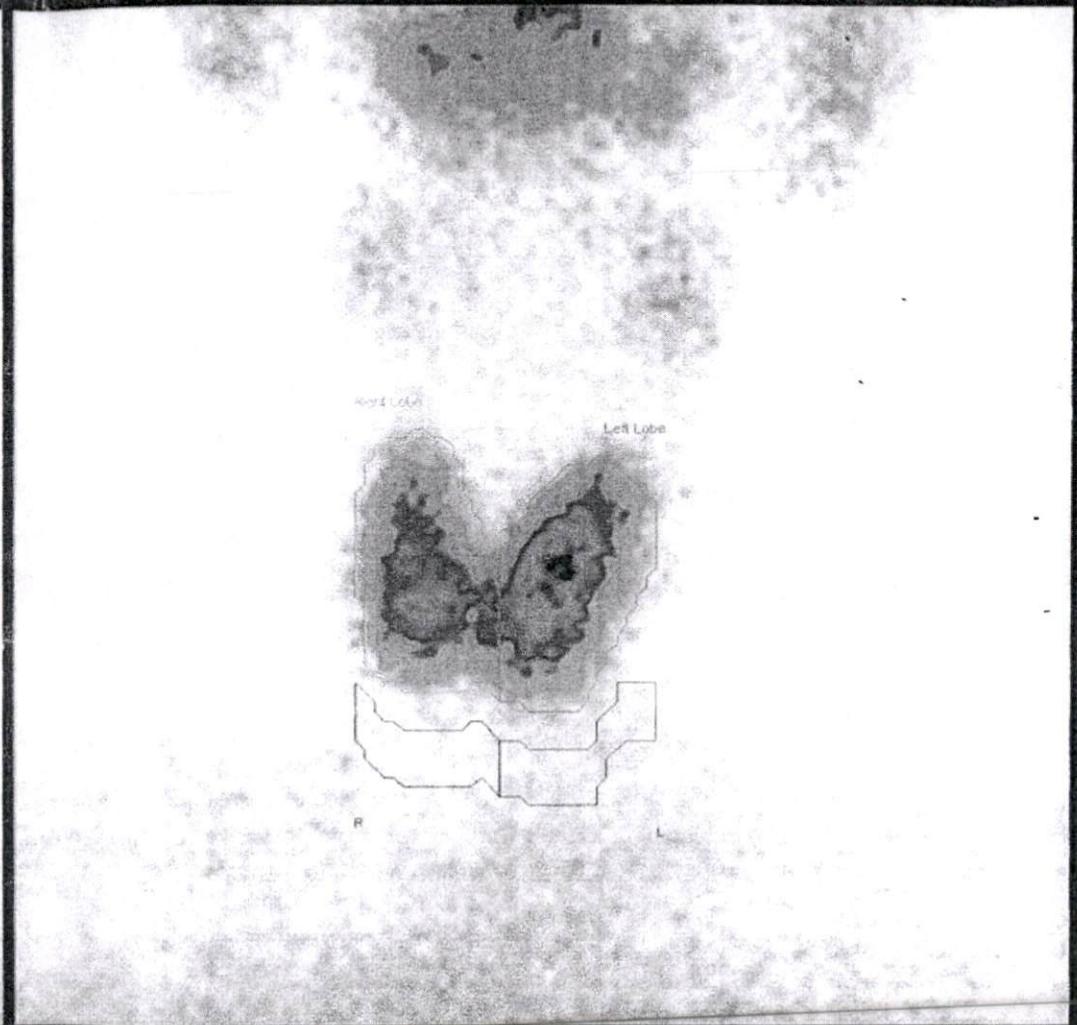
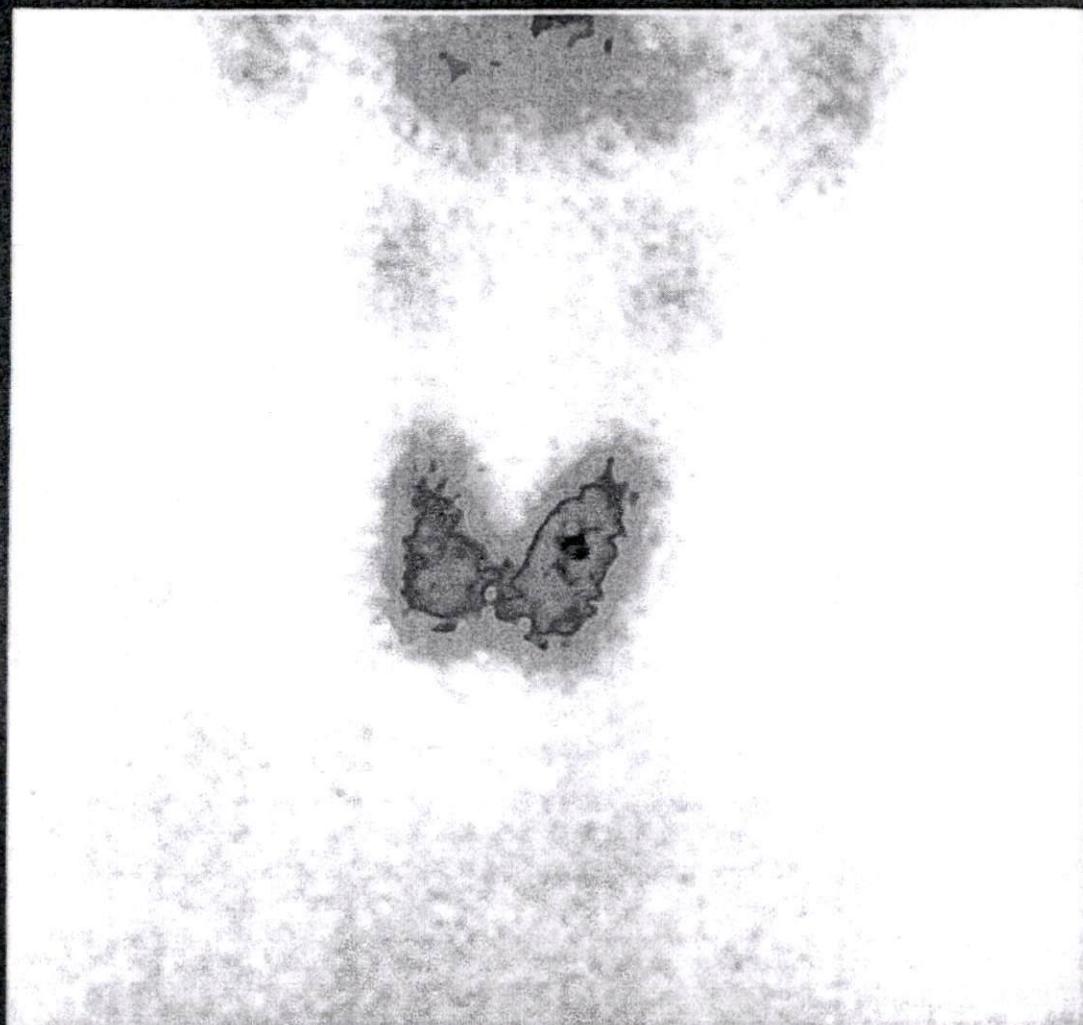
ختبر بنجلون للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Boulevard Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65 - WhatsApp : 06 63 790 723
benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)



Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 63 45 60 50

1/1

109, Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour - 20200 Casablanca (en face du CACF)
Tél.: 05 22 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65 - WhatsApp : 06 63 790 723
benjelloun@labobenjelloun.ma - www.labobenjelloun.ma - Tramway : Ligne 2 (Arrêt Beauséjour)



Thyroid

Thyroid Uptake is 1.7%
Isotope: Technetium 99m

Right Lobe Uptake is .8%

Left Lobe Uptake is .9%

CASABLANCA

Reçu de caisse

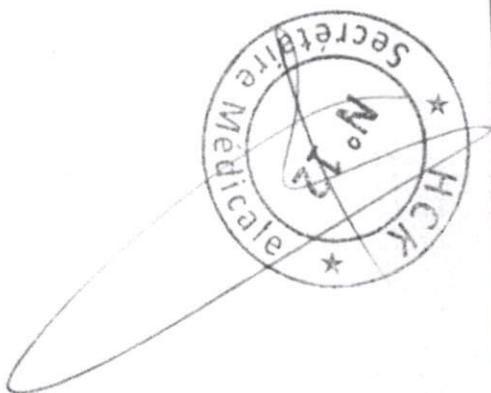
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2310191039301097 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300765037	HAOUDY SANAE	19/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	013752 Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ASI SER



F A C T U R EN° **146.812** / 2023 du **19/10/2023**Nom patient : **HAOUDY SANAE**Entrée **19/10/2023**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **19/10/2023**

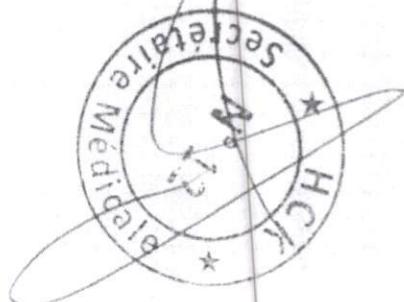
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total **300,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encassé	Solde
	300,00	300,00	0,00



FACTURE

N° 141 056 / 2023 du 10/10/2023

Nom patient : HAOUDY SANAE

Entrée 10/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 10/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Frais Clinique				
				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél. 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 54 77
 E-mail: hck@chm.hck.ma
 N°... 090061862

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23101009501642601 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300759175	HAOUDY SANAE	10/10/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	0420	500,00
PAYANT	Total payé	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : RAD.WAH

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel.: 06 29 01 53 45
 Fax: 06 29 00 44 77
 E-mail: contact@lckm.hck.ma
 N°INP 090001862

Dates des actes

magical

~~DISPONIBLE~~
31/10/1882
Baptisé
~~as~~
~~éate~~
31/10/25
FJ
~~dicale~~

03-5345
00-5211
BICKHAM
100-23

31 no 123*

卷之三

Signature et cachet
du praticien
attestant
paiement

Montant des honoraires

Cztril

300.00

A photograph of a signature and a stamp. The signature is handwritten in black ink and reads "Pr MAROUAN Fatima". Above the signature, there is printed text: "Universitaire International cheikh Khalifa" and "Bureau de Spécialité - Endocrinologie et Maladies Métaboliques". Below the signature, there is printed text: "Directrice de Spécialité - Endocrinologie et Maladies Métaboliques" and "91112466". The stamp is rectangular and contains the same information as the printed text above the signature.

Pr. Malika CAQUI
Hôpital International Cheikh Khafffa Ibn Zaid - UMS
Centre de Radioprotection et de Radiobiologie
DOIRE BENJAMIN
Khyam P

DIRECCIÓN GENERAL
DE SERVICIOS INTERNACIONALES
ESTADOUNIDENSE
SERVICIO NUCLEAR

226,00

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	
<p>H</p> <p>D</p> <p>G</p> <p>B</p>		<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins:</p> <hr/> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins:</p>
		<p>Date: <u>11.11.11</u></p>
		<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse:</p> <hr/> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse:</p>
		<p>Date de l'appareillage: <u>11.11.11</u></p>
<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>		

VOLET DÉTACHABLE

Le garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

ANDATIONS IMPORTANTES

RATION PAR PERSONNE MALADE

les causes, circonstances, date, lieu et heure.
ompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrite ut examen de radiologie et laboratoire, etc...)
s prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints

Le bénéficiaire d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme. Les ordonnances et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.

Extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses (etc...). Une entente préalable et obligatoire.

Médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'informations précises sur laquelle devront être précisées : la cotation des actes, la ventilation, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au cours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

La remise des frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un certificat médical.

ersonnelles

Toutes demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la validité du contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont assurés exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers.

La conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur d'assurer ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application des lois. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré aux tiers est soumise aux communications obligatoires en fonction des obligations légales qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les informations.

Assurer le respect de la loi n°09-08 relative à la protection des données à caractère personnel.

Transmises aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte qu'elles soient accessibles à des tiers non autorisés.

Seules les personnes habilitées à traiter les données personnelles sont habilitées à faire valoir leurs droits légaux en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les personnes du personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la direction conformité@wafaassurance.co.ma

L'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut également recevoir des sollicitations commerciales.

Tout ce qui n'a pas été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nous pourrons agir plus rapidement.

OLET DÉTACHABLE

Portez ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD ABOELMOUEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C : 31 719 - I.F : 01065467 I.C.E : 0000
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17/99 portant code de la sécurité sociale
www.wafaassurance.ma

CHBO BENJELLOUN
Mme HAOUDY SANAE
DON 11-10-1968
2310192034
MAURITANIA

Barcode

DECLARATION DE MALADIE : 22981161

PROMOPHARM S.A.
Zone Industrielle du Sahel Rue N°7
B.P 96 97 26400 Had Soualem
Tél : 0522 96 45 67 - Fax : 0522 96 45 68

2011290

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medical

Dentaire

Optique

Type de déclaration

2026 DHS

Total des frais engagés

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr MARQUAN Fatima
Directeur de Spécialité - Endocrinologie et Maladies Métaboliques
91112466

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Mme Sanae HAOUDY Âge

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

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

CERTIFICAT N°

22981161



تأمين الوفاء
Wafa Assurance