

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 canaux, 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 canaux.

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 0053711

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6856

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OHEM Elhouari

Date de naissance : 02-04-67

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 61416106

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAOUY 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 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

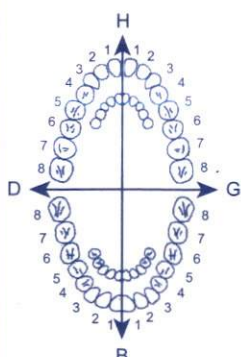
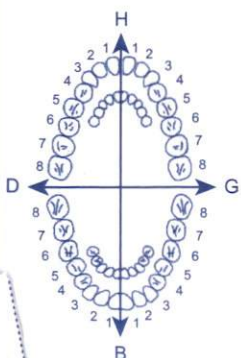
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION											

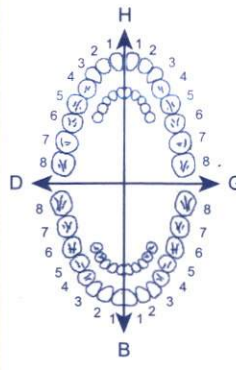
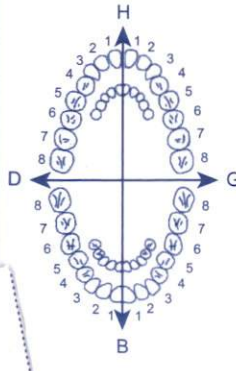
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D0000000000000000G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	<div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 11624 /
NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE 90
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE
DECLARATION N° : 22981161 / 22981161

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900
CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132
DATE DE LA DECLARATION : 09/10/2023
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 spécialiste	300.00		300.00		90.00%	270.00
13	Analyses médicales	226.00		226.00		90.00%	203.40
14	Radiologie	500.00		500.00		90.00%	450.00
TOTAUX		1026.00		1026.00			923.40
OBSERVATIONS :							

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



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 11624 /
NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE 90
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE
DECLARATION N° : 22981161 / 22981161

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900
CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULÉ: 4931132
DATE DE LA DECLARATION : 09/10/2023
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
TOTAUX		1026.00		1026.00			923.40

OBSERVATIONS :

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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 19.10.2023

Sanae Haoudy

Ac Anti TPO

LABO BENJELLOUN
Mme HAUDY SANAË
DDN 11-10-1968



Ordonnance

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06000.603.40 - 0622.39.32.34/63
Fax : 0622.39.33.62

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHÀLIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance



Casablanca, le :

9^{ue} SANAË HAOUÏY

Scintigraphie

thyroïdienne

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fcm.hck.ma
N°INP 0900615-2

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
CHEIKH KHÀLIFA
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° : 2310192034

ORGANISME: WAFA ASSURANCE
MUTUELLE

Mme SANAE HAOUDY

Date: 19/10/2023



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

محيطر بنجلون
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd. Omar Al Khyam Beausjour
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 ÇAOUI	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 médio-lobaire 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. ÇAOUI

Dr. H. BOULMANE

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

Pr. Malika ÇAOUI
Médecin Nucléaire (INPP 101440393)
Hôpital International Cheikh Khalifa Ibn Zaid - UM650

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

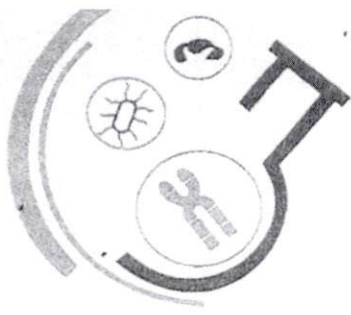
Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Dum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fcim.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn
ROYAUME DU MAROC



مختبر بنجلون للتحاليل الطبية
Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Beauséjour

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 THYROÏDIEN

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

Ac Anti-Thyroperoxydase (Ac TPO)

(Electro-Chimi-Luminescence Cobas E411)

17,8 UI/mL

(<34,0)

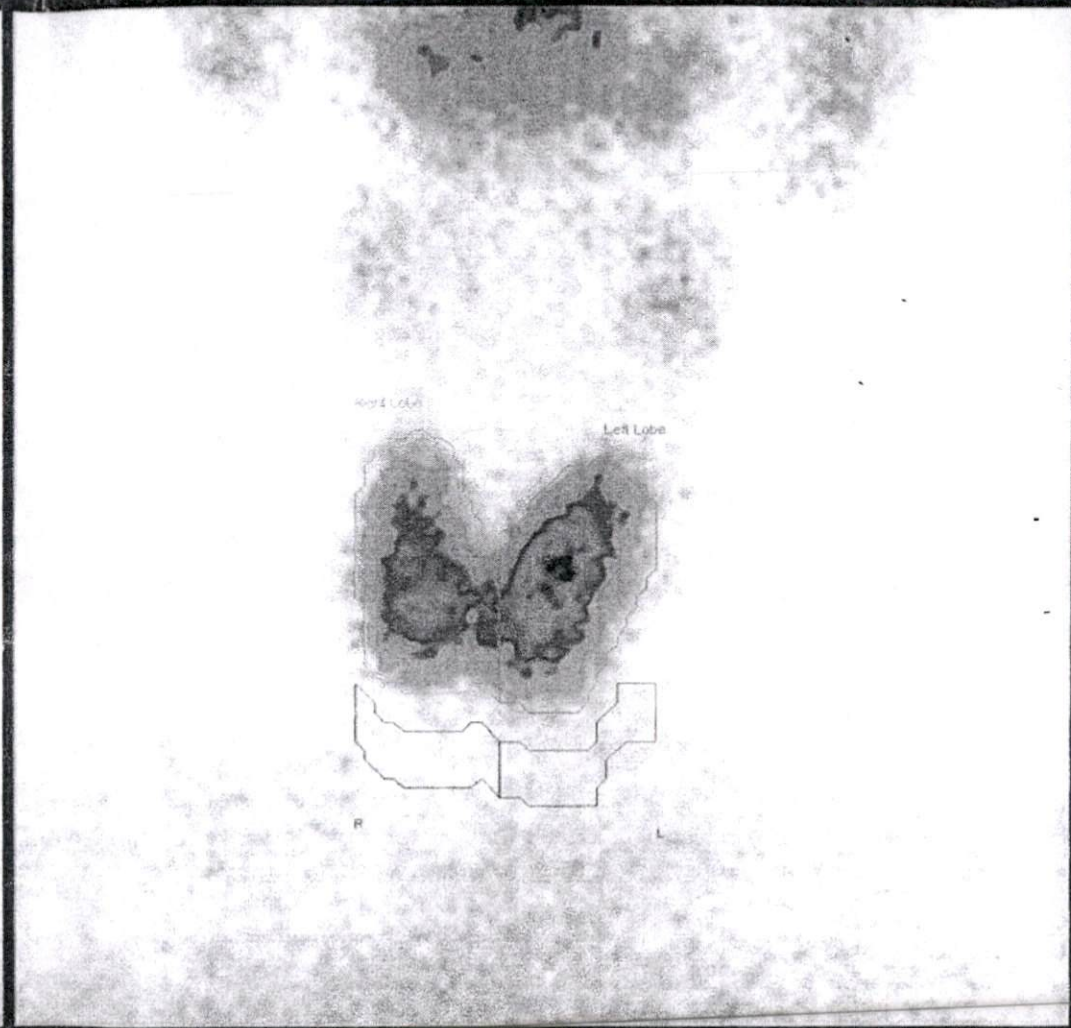
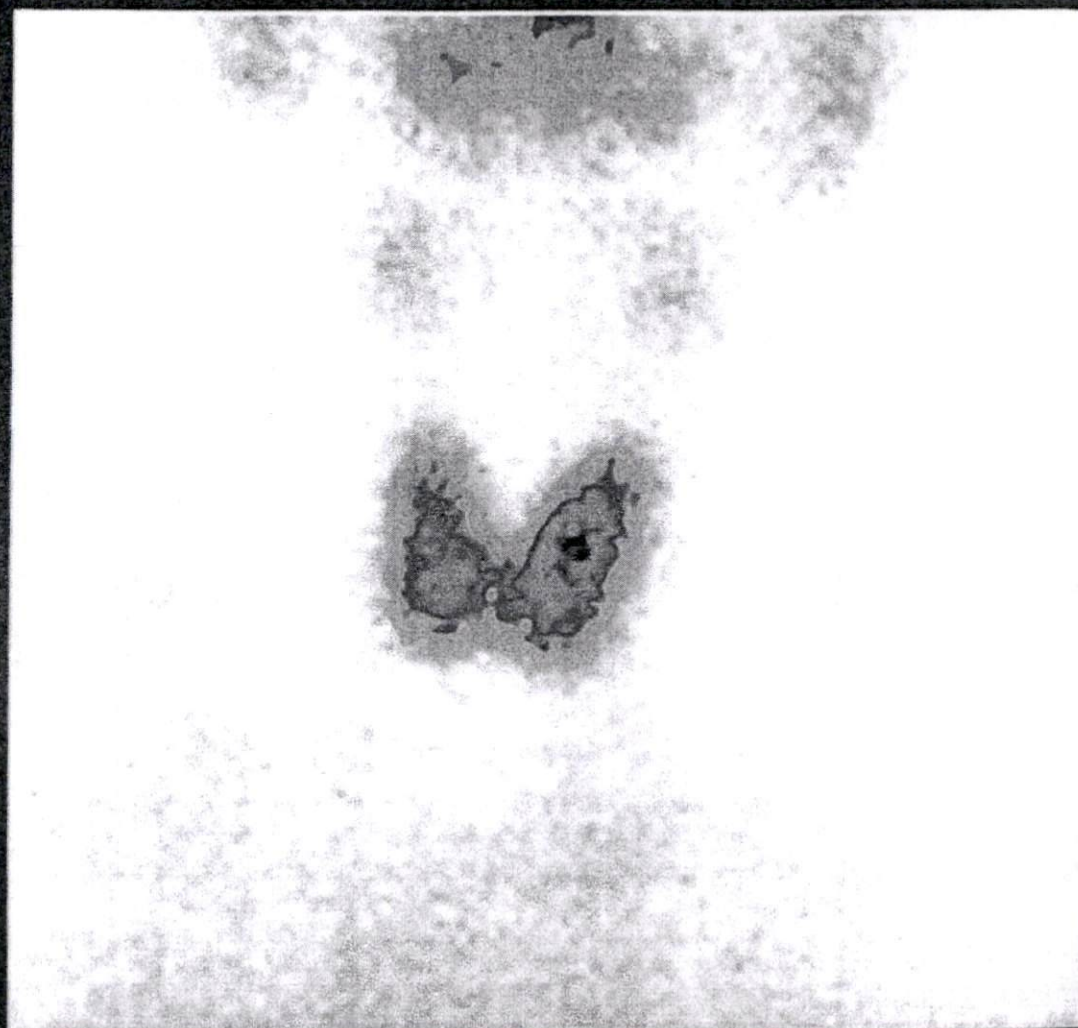
مختبر بنجلون للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BENJELLOUN
109, Bd Omar Al Khayam Beauséjour
Casablanca
Tél : 06008.603.49 - 0622.33.32.84/63
Fax : 0622.33.33.66

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 : Ligne2 (Arrêt Beauséjour)



Thyroid

Thyroid Uptake is 1.7%
Isotope: Technetium 99m

Right Lobe Uptake is .8%

Left Lobe Uptake is .9%

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 23101910393010971 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300765037	HAUDY SANAË	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 E

N° 146.812 / 2023 du 19/10/2023

Nom patient : HAOUDY SANAË

Entrée 19/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	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 encaissé	Solde
		300,00	300,00	0,00



F A C T U R E

N° 141 056 / 2023 du 10/10/2023

Nom patient : HAOUDY SANAË

Entrée 10/10/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 10/10/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
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
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: info@hck.ma
 N° INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHÁLIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2310100950164260 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300759175	HAUDY SANAË	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 : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N° INP 090001862

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

ANDATIONS IMPORTANTES

RATION PAR PERSONNE MALADE

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

ne bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur
ustificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
raires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par

extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses
nce). Une entente préalable et obligatoire

médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée
quitte sur laquelle devront être précisées : la cotation des actes la ventila-
ombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

s : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au
urs qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

ant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un

ersonnelles

demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir
nt contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont
ées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers

n de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et
ndant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à
es obligations en fonction des délais de prescription ou en application
ales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré
aux communications obligatoires en fonction des obligations légales
imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les

ment le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des
gard du traitement des données à caractère personnel.

gées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte
isible à des tiers non autorisés.

les personnes habilitées à traiter les données personnelles
ns légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

à personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès,
ation et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la
par e-mail : conformité@wafaassurance.co.ma

assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à
commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut
a réception de sollicitations commerciales.

rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos
apidés.

OLET DÉTACHABLE

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



تامين الوفاء
Wafa Assurance

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

ABO BENJELLOUN
Mme HAUDY SANAE
DDN 11-10-1968
2310192034

DECLARATION DE MALADIE : 22981161

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

60/11240

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HAUDY SANAE

Type de déclaration

☒ Medical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

10 26 DHS

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

09/10/23

Nom et prénom du malade :

Sanae HAUDY

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Affection thyroïdienne

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

(Signature)

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

CERTIFICAT N°

22981161



تامين الوفاء
Wafa Assurance