

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053708

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : ETEM SI EHOUCHE  
 Date de naissance : 02-04-1967      189314  
 Adresse : HARIQUELLE  
 Tél : 0661416106      Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Complément**  
 Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : HAOUJY SANAË      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 : 01/12/23  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

### RELEVÉ 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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															
				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																	
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



تامين الوفاء  
Wafa Assurance

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 11730 /  
NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE 05  
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE  
DECLARATION N° : 22981163 / 22981163

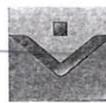
CONTRAT N° : 9152 60 / 512900  
CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132  
DATE DE LA DECLARATION : 19/10/2023  
DATE DE REMBOURSEMENT : 01/12/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
13	Analyses medicales	600.00	0.00	600.00	0	90.00%	540.00
14	Radiologie	1000.00	0.00	1000.00	0	90.00%	900.00
TOTALUX		1600.00	0.00	1600.00			1440.00

OBSERVATIONS :

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

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 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 : 22981163



Cachet de l'employeur

N° du contrat : 60/SA2900

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HAUDY SANAE

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

1600 DHS

## 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, paradontoses 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 : conformité@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

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

19/05/2023

Nom et prénom du malade :

HAUDY SANAE

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

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

22981163



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

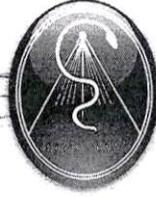
19/08/2023

Dr. Saïd Haouadi

No d. pres. la Saïd diort  
Ex TRA ADS 4

Cytofonction Hépat  
Jeune Echoptuole

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr MAROUAN Fatima  
Directeur de Spécialité - Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
91 122 466

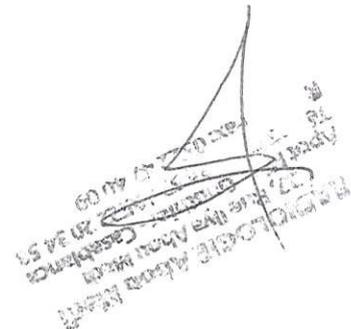


Nom & prénom : HAOUDY SANAË

FACTURE N° : 23/022105

Date : 13/11/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
CYTO-PONCTION.	1 000,00
	<u>Total Montant</u>
	1 000,00



Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT :TPE Le 13/11/2023

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

Radiologie Aboumadi : S.A.R.L au Capital de 740.000,00 DH - 27 Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier -  
Casablanca 20060 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com  
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064

**Reçu patient**

Dossier N° : AK522791



Examen (s) 13/11/2023  
CYTO-PONCTION.

Total : 1 000,00

Payé : 1 000,00 TPE

Solde: 0,00

Cachet et signature du cabinet

**RADIOLOGIE ABOUMADI**

**www.radiologie-aboumadi.com**

27,Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20000 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail:

**contact@radiologie-aboumadi.com**

Patente : 35509523 IF : 01086163 CNSS : 2623884

ICE : 001342320000052

**Veillez acquitter votre facture à la caisse  
avant tout retrait de résultats et de  
réclamer votre reçu.**

Reçu imprimé le 13/11/2023 à 10:52 par :

RAJAA

Patient : **HAUDY SANAË**

Age : 55 ans

Organisme :

N° CIN : C390418

Médecin prescripteur : PR. MAROUAN FATIMA

Médecin radiologue : DR HANAFI I\_

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE**

De la part du Dr : HANANI

Nom et prénom du patient : 06 61 97 50 77

Age : 55 Sexe : \_\_\_\_\_

Date de prélèvement : \_\_\_\_\_

Renseignements cliniques et paracliniques : Nodule

Intégré au lobe gauche

hyperchémié cytozentris

Organe prélevé : (Cerveau)

Nature de l'acte réalisé : \_\_\_\_\_

Bien-être antérieur :  Oui  Non

Réf : \_\_\_\_\_

**CENTRE DE RADIOLOGIE ABOUMAD**

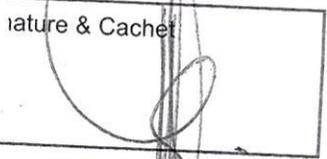
Mme. HAOUDY SANAË

13/11/2023 10:43  
CYTO-PONCTION.



Technicien : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nature & Cachet : 



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1<sup>er</sup> étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 / Fax: 05 22 22 14 24 / E-mail: labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICF 003324214000036 IF 40204512

Dr. Amal BENKIRANE  
Professeur d'Anatomie Pathologique  
Faculté de Médecine de Casablanca

# CASAPATH

## FACTURE

REF : 23/14786

Date de facturation	17 / 11 / 2023
Médecin traitant	DR HANAFI
Patient	HAUDY SANAE - 124058
Demande	<b>C31113582 - 13/11/2023</b>

### Liste des examens

CYTO PONCTION

Total	600,00	Dhs
coefficient-P		545

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS

Pr. Lamia JABRI  
 Anatomiste-Pathologiste  
 Centre de Pathologie-Casapath  
 6, rue des Hôpitaux  
 Résidence du Parc - Casablanca  
 Tél: 05 22 22 13 46/66 - Fax: 05 22 22 14 24  
 N° Pat: 091024679





**Dr. Mustapha AKIKI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté  
de Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté  
de Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE**  
**Ep. Benjelloun**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

Casablanca le 13/11/2023

PATIENT : HAOUDY SANAË  
MEDECIN TRAITANT : PR. MAROUAN FATIMA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : CYTO-PONCTION.  
A .

*Cher confrère*

Je vous remercie de m'avoir adressé **MME. HAOUDY SANAË** chez laquelle j'ai réalisé une cytoponction thyroïdienne.

L'étude anatomopathologique (*ci-joint le compte-rendu*) conclut à un : **Matériel colloïde avec contingent épithélial abondant comportant quelques cellules atypiques suspectes.**  
**Cytologie classée V « suspecte de carcinome papillaire » selon la terminologie de Bethesda NCI 2017.**

Confraternellement  
**DR HANAFI**  
INPE: 091202275

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,  
ou utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK522791

Mot de Passe : AK243851

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle