

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 : CHEMHI HOUARI

Date de naissance : 02-04-1967

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0661416106

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAOUY 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/12/23

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.

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

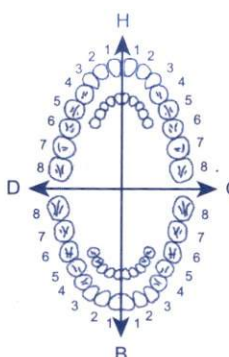
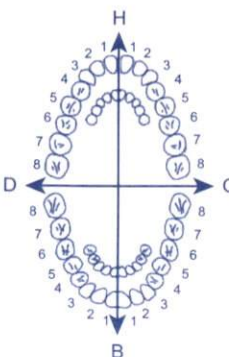
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	
	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	DATE DU DEVIS	
	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 11730 / 05 CONTRAT N° : 9152 60 / 512900
NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE DATE DE LA DECLARATION : 19/10/2023
DECLARATION N° : 22981163 / 22981163 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
TOTAUX		1600.00	0.00	1600.00			1440.00
OBSERVATIONS :							

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

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, 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.

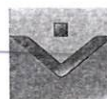
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformité@wafaassurance.co.ma

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

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

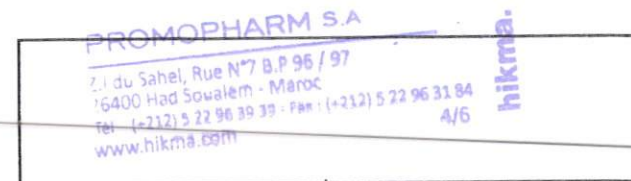


تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
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/SA2300

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HAUDY SANAE

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

1600 DHS

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

19/01/23

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

(Signature)

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

22981163



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

VOLET DÉTACHABLE

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

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 ☐

[illegible]

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : _____

Date : _____

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse : _____

Date de l'appareillage : _____



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

19/08/2023

Pres

Sanae Haouady



No 1. Hepar. la Sane diort
Ea TCR ADS 4

Cytofonction Hepar
Jecture Echographie

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



Nom & prénom : HAOUDY SANAE

FACTURE N° : 23/022105

Date : 13/11/2023

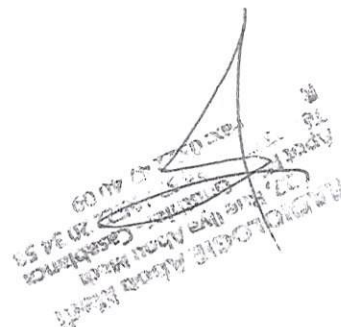
<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
CYTO-PONCTION.	1 000,00
<u>Total Montant</u>	
1 000,00	

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



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

**Veuillez 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_

Dr. Lamia JABRI
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



Dr. Amal BENKIRANE
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : HANAFI

Nom et prénom du patient : 06 61 97 50 77

Age : 55 Sexe : _____

Date de prélèvement : _____

Renseignements cliniques et paracliniques : Nodule

Intérogatoire du lobe gauche

thyroïdien cytoponction

Organe prélevé : (Coeur)

Nature de l'acte réalisé : _____

Région antérieure :

☐ Oui

☐ Non

Réf : _____

CENTRE DE RADIOLOGIE ABOUMAD

Mme. HAOUDY SANAË

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



Technicien : _____



Parité : _____

Signature & Cachet

160 Casablanca, Maroc

Tel : 66 - Fax : 05 22 22 14 24

CASAPATH

FACTURE

REF : 23/14786

Date de facturation 17 / 11 / 2023
Médecin traitant DR HANAFI
Patient HAOUDY SANAE - 124058
Demande **C31113582 - 13/11/2023**

Liste des examens

CYTO PONCTION

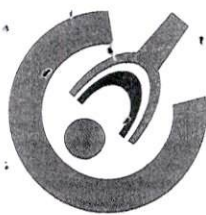
Total 600,00 Dhs
coefficient-P 545

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

Dr. Lamia JABRI
Anatomiste-Pathologiste
Centre de Pathologie-Spécialisée
6, rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24 - Email: labocasapath@gmail.com

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE
PATHOLOGIE
SPÉCIALISÉE
CASABLANCA**

CASAPATH

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

RECU LE : 13/11/2023

EDITE LE : 14/11/2023

NOM & PRENOM : HAOUDY SANAE

PRESCRIPTEUR : DR HANAFI

AGE : 55 ans

Code Patient : 124058

N/REF : 31113582

ORGANE : CYTOLOGIE THYROIDE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Nodule Eutirads 4 du lobe gauche

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

MATERIEL :

Il nous a été communiqué 6 lames fixées. Coloration HE

MICROSCOPIE :

Ces six étalements parvenus fixés, intéressent un matériel hématique et colloïde. Il est de cellularité élevé et comporte de nombreux amas et placards de cellules épithéliales. Par places, ces cellules épithéliales sont étirées, avec ébauche des cavités vésiculaires. Les cellules sont à noyaux étirés, anguleux, hyperchromatiques. Le fond inflammatoire faite essentiellement de macrophages.

CONCLUSION :

- 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.

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomo-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

Pr. Lamia JABRI
Anatomo-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



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

Cher confrère

Je vous remercie de m'avoir adressé **MME. HAOUDY SANAE** 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