

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 06856

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHEMSI ELTOUKRI

189313

Date de naissance :

02-04-67

Adresse :

HABIBI DUELLE

Tél. : 0661416106

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLETENT

Date de consultation : ..... / ..... / .....

HAOUDY SANAÉ

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 : 19/12/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ISA 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

/ 11806 /  
08

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900

NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE

CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE: 4931132

BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE

DATE DE LA DECLARATION : 21/11/2023

DECLARATION N° : 22981164

/ 22981164

DATE DE REMBOURSEMENT : 19/12/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	600.00		600.00		90.00%	540.00
14	Radiologie	160.00		160.00		90.00%	144.00
13	Analyses medicales	319.80		319.80		90.00%	287.82
9	Pratique medicale courante	700.00		700.00		90.00%	630.00
TOTALS		1779.80		1779.80			1601.82
OBSERVATIONS :							

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

مركز بشر أنزران لأمراض الأذن والأذن والحنجرة وجراحة الوجه والفك وتنقية الدوار والصمم

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale  
Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI  
*Professeur Agrégé*  
ORL - Chirurgie du Cou  
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement  
Esthétique de la face  
Injections et Comblement  
Exploration des Vertiges et de la Surdité  
Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي  
*أستاذ مبرز*  
أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير  
تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك  
تنقية الدوار والصمم  
أمراض الحساسية

Casablanca le 21/11/2023

## Examen Radiologique

Mme HAOUDY Sanae  
*Radio du thorax de face*

Dr. Z. N. Laraqui  
*Professeur*  
ORL Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie  
119 Bd Sir Anzarane MAARIF Casablanca  
05 22 25 72 72

---

شارع بشر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المدار البيضاوي 20330  
119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : 05 22 25.72.72  
E-mail : laraquizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874

**مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی**  
**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI**

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 21/11/2023

FACTURE N° : FA:00 11171/23  
Nom : HAOUDY SANAE

Arrêtée la présente facture à la somme de : 160,00 Dhs  
**CENT SOIXANTE DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

PULMONAIRE FACE 160,00 Dhs  
Total de : 160,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L.** au capital de 2.300.000,00 DH  
400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

*Casablanca , Le 21/11/2023*

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalisé(s)

**HAOUDY SANAE**  
**DR NOURALLAH LARAQUI ZINE EL ABIDINE**  
**PULMONAIRE FACE**

**COMPTE RENDU**

*Absence d'anomalie parenchymateuse visible.*

*Absence d'épanchement pleural.*

*La silhouette cardio-médiastinale est de morphologie normale.*

**Conclusion :**  
**Image thoracique normale.**

*En vous remerciant de votre confiance*

*Dr. A. ADIL*

Echelle: 62%

30 cm

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI HAOUDY SANAE

21/11/2023

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI  
Professeur Agrégé  
ORL - Chirurgie du Cou  
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement  
Esthétique de la face  
Injections et Comblement  
Exploration des Vertiges et de la Surdité  
Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي  
أستاذ مبرز  
أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير  
تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك  
تقديم الدوار والصمم  
أمراض الحساسية

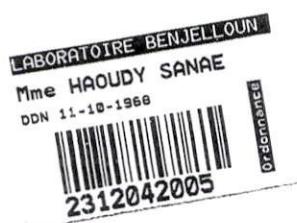
Casablanca le 21/11/2023

## Examen Biologique

Mme HAOUDY Sanae

- TP- TCK
- GROUPAGE
- NFS Complète

مختبر بنجلون لتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 06000.503.40 - 0522.39.32.84/85



Dr. Z. N. Laraqui  
Professeur  
ORL Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie  
119 Bd Bir Anzarane Maârif Casablanca  
05 22 25 72 12

119، شارع بئر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء، 20330  
119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : 05 22 25 72 72  
E-mail : larauqizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874

**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°: 2312042005****ORGANISME: WAFA ASSURANCE****MUTUELLE****Mme SANAE HAOUDY**

Date: 04/12/2023

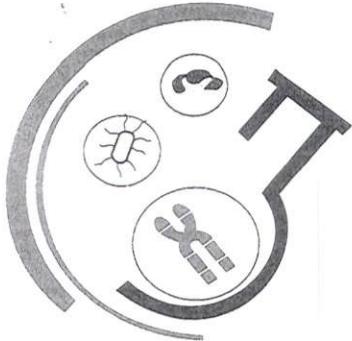


<b>Récapitulatif des analyses</b>				
<b>CN</b>	<b>Analyse</b>	<b>Clé</b>	<b>Clé</b>	<b>Total</b>
PS	Prélèvement Sanguin	E25	E	25.00 MAD
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B	80.40 MAD
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B	107.20 MAD
	Temps de Céphaline Activée (TCA)	B40	B	53.60 MAD
	Taux de Prothrombine (TP non traité)	B40	B	53.60 MAD
			<b>Total</b>	<b>319.80 MAD</b>

Total des B: 220

Montant total de la facture: 319.8 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **trois cent dix-neuf dirhams quatre-vingts centimes.**



# مختبر بنجلون للتحاليل الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

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

**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon  
Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**DR ZINE ELABIDINE LARAQUI**

Date de l'examen: 04/12/2023

**Mme HAOUDY SANAE**

Date de naissance: 11/10/1968

Dossier N°: 2312042005



### HEMATOLOGIE - CYTOLOGIE

PENTRA 80XL (ABX) - KX21N (SYSMEX)

#### Numération Formule Sanguine (NFS)

(Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge et du sexe)

##### Globules Rouges (Erythrocytes)

4,61 M/ $\mu$ l (4,00-5,20)

Hémoglobine

13,9 g/dL (12,5-15,5)

Hématocrite

40,3 % (37,0-47,0)

VGM (Volume globulaire moyen)

87,0 fL (80,0-97,0)

TCMH

30,2 pg (27,0-32,0)

CCMH

34,5 g/dL (32,0-36,0)

##### Globules Blancs (Leucocytes)

5 100 /mm<sup>3</sup> (4 000-10 000)

Polynucléaires Neutrophiles 52,0% Soit 2 652/mm<sup>3</sup> (1 500-7 000)

Polynucléaires Eosinophiles 3,0% Soit 153/mm<sup>3</sup> (80-400)

Polynucléaires Basophiles 1,0% Soit 51/mm<sup>3</sup> (0-100)

Lymphocytes 37,0% Soit 1 887/mm<sup>3</sup> (1 500-4 000)

Monocytes 7,0% Soit 357/mm<sup>3</sup> (200-1 000)

Plaquettes 249 000 /mm<sup>3</sup> (150 000-450 000)

**Conclusion** Numération formule sanguine normale.

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. 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

1/2

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)



# مختبر بنجلون للتحاليل الطبية

## Laboratoire Benjelloun d'Analyses Médicales

Beauséjour

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

**Dr. Najib BENJELLOUN**

Médecin Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux - Lyon

Maîtrise en Cytogénétique - Grenoble

**DR ZINE ELABIDINE LARAQUI**

Date de l'examen: 04/12/2023

**Mme HAOUDY SANAE**

Date de naissance: 11/10/1968

Dossier N°: 2312042005



### HEMOSTASE

SATELLITE(STAGO) – COBAS H232(ROCHE) – EASY READER (VEDA-LAB) – F200 (SD BIOSENSOR)

#### Taux de prothrombine (Temps de Quick)

Temps de Quick (Technique chronométrique)	12,7 sec
--	----------

Taux de Prothrombine	100 %	(70-150)
----------------------	-------	----------

Temps de Quick Témoin	13,3 sec.
-----------------------	-----------

INR (International Normalized Ratio)	1,00
--------------------------------------	------

#### Temps de céphaline activée (TCA)

TCA (Technique chronométrique)	35,5 sec.	(28,6-38,2)
-----------------------------------	-----------	-------------

Temps du témoin	33,5 sec.
-----------------	-----------

Ratio patient/témoin	1,06	(<1,20)
----------------------	------	---------

**Conclusion** Bilan d'hémostase normal.

### IMMUNO-HEMATOLOGIE

Technique de migration sur Gel de (Biorad) – Technique de Beth vincent – Technique d'hémagglutination –  
Technique de précipitation à froid

#### Groupe sanguin ABO et Rhésus

Groupe sanguin ABO	O
--------------------	---

Rhésus (D)	Positif
------------	---------

La carte de groupage ne sera définitivement valable qu'après une 2ème détermination du groupe sanguin effectuée sur un nouveau prélèvement.

مختبر بنجلون للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 0522 39 32 53/84 - 06000 503 40 - Fax : 05 22 39 33 65 - WhatsApp : 06 63 790 723  
Fax : 0522 39 33 66



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

2/2

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)

**Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI**  
Professeur Agrégé  
ORL - Chirurgie du Cou  
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement  
Esthétique de la face  
Injections et Comblement  
Exploration des Vertiges et de la Surdité  
Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي  
أستاذ مبرز  
أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير  
تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك  
تقديم الدوار والصمم  
أمراض الحساسية

Casablanca le 05/12/2023

**NOTE D'HONORAIRE de  
Mme Sanae HAOUDY**

*Le Docteur Pr Laraqui Zine Elabidine Pr. Zine  
Elabidine Nourallah Laraqui, à l'honneur de  
présenter ses meilleures salutations à Mme  
Sanae HAOUDY Et lui s'adresse selon l'usage  
sa note d'honoraire pour: UNE  
NASOLARYNGOSCOPIE Soit la somme de (700  
DHS) de Sept cent dirhams*

**Pr Laraqui Zine Elabidine**

Dr Z.N. Laraqui  
Professeur  
ORL Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie  
119 Bd Bir Anzarane Maarif Casablanca  
05 22 25 72 72

---

119، شارع بئر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء . 20330  
119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : 05 22 25.72.72  
E-mail : laraquizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874

---

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير

تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك

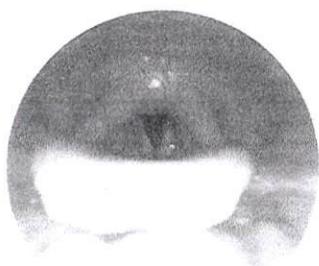
تقويم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca: le mardi 5 décembre 2023

## COMPTE RENDU DE LA NASOLARYNGOSCOPIE

Mme HAOUDY Sanae



Anesthésie locale à la xylocaïne à la naphazoline 5%  
La pénétration du nasolaryngoscope note :

### L'examen des fosses nasales

- Note une muqueuse de coloration et d'aspect normal
- Des cornets inférieurs normaux
- pas de déviation septale

### L'examen du nasopharynx note

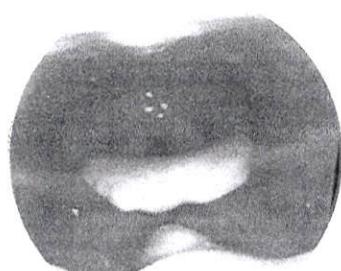
- RAS

### L'examen de l'oro-pharynx montre

- La base de la langue est sans particularités

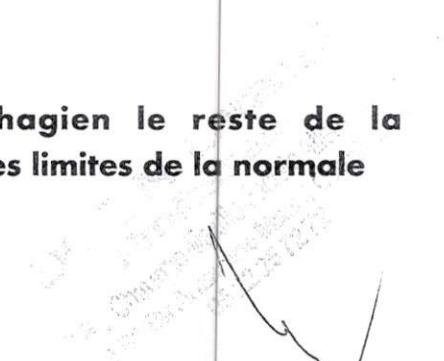
### L'examen de l'hypoopharynx

- Mobilité normale de deux cordes vocales a
- Les sinus piriformes sont libres
- Reflux Gastro - oesophagien



## CONCLUSION

**Le léger reflux gastro-oesophagien le reste de la nasolaryngoscopie est dans les limites de la normale**



Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI  
Professeur Agrégé  
ORL - Chirurgie du Cou  
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement  
Esthétique de la face  
Injections et Comblement  
Exploration des Vertiges et de la Surdité  
Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي  
أستاذ مبرز  
أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير  
جميل الوجه وجراحة الوجه والفك  
تقديم الدوار والصمم  
أمراض الحساسية

Casablanca le 05/12/2023

***Cher confrère***

***Veux - tu procéder à un examen pré  
anesthésique chez Mme HAOUDY Sanae qui  
doit subir une loboisthmectomie droite***

avec toutes mes amitiés

Dr. Z. N. LARAQUI  
Professeur Agrégé  
Chirurgie Maxillo-Faciale et  
Exploration des Vertiges et de la Surdité  
Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale  
05/12/2023



مصحة الجهاز العصبي  
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le... 05/12/2023

Docteur :

FACTURE N° 0032/12/23

NOM ET PRENOM : Mme HAOUDY SANAE

CS PRE ANESTHESIE

MONTANT TOTAL : 300.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
«TROIS CENTS DIRHAMS »

FD

---

Angle rue de l'Isere et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca • Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)  
Fax : 05 22 85 21 84 • Email : karimhouidi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009

---

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	21-11-2023 Dr. LARQUI Chirurgie Maxillo-faciale Avicenna Bd. Dr. Anzurane Matricasabikha Tel: 0522.27.27.27	+ 300 F
Pharmacie	25-12-2023 Dr. LARQUI Chirurgie Maxillo-faciale Avicenna Bd. Dr. Anzurane Matricasabikha Tel: 0522.27.27.27	99 700 +
Analyses / Radiologie	21/11/2023 Dr. LARQUI Chirurgie Maxillo-faciale Avicenna Bd. Dr. Anzurane Matricasabikha Tel: 0522.27.27.27	160 M
Auxiliaires médicaux	04/12/2023 LABORATOIRE BENJELLOUN 109, Bd. Omar Al Khayam Beauséjour Casablanca Tel: 06000.503.40 - 0522.39.32.84/85	319,80

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

<b>SOINS</b>	<b>PROTHESE</b>	
<p><b>H</b></p> <p><b>D</b></p> <p><b>G</b></p> <p><b>B</b></p>		<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/></p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>    <p>Date : <input type="text"/></p> <p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/></p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>    <p>Date de l'appareillage : <input type="text"/></p>

## VOLET DÉTACHABLE

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

# 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 : 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 évitez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

## VOLET DÉTACHABLE

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



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - 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 sur les assurances  
www.wafaassurance.ma

## DECLARATION DE MAIS

LABORATOIRE BENJELLOUN  
Mme HAOUDY SANAE  
DDN 11-10-1988  
2312042005  
WAFA MUTUELLE

31164

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

60/512900

Matricule Sté :

HAOUDY SANAE

Médical     Dentaire     Optique

1779,80 DHS

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : HAOUDY SANAE Âge

Lien de parenté :

Lui-même     Conjoint     Enfants

Nature de la maladie :

Affection SPL

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° : .....

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE : .....

DATE DE CONSULTATION : .....

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS : .....

22981164



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance