

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Réclamation : 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.

M22- 0036083

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **12074**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DOUBRITAH**

Rhachigu

Date de naissance :

21/01/1978

Adresse :

Tél. : **0673538691**

Total des frais engagés : **2975,61** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complètement

Date de consultation :

HALOUANE SALAH

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **Carap**

Le : **16/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

Doubritah



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

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
		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

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. The following labels are positioned around the cerebral cortex:

- A**: Superior frontal gyrus
- B**: Inferior frontal gyrus
- C**: Anterior temporal gyrus
- D**: Posterior temporal gyrus
- E**: Lateral occipital gyrus
- F**: Superior parietal lobule
- G**: Inferior parietal lobule
- H**: Superior frontal gyrus (labeled again)
- I**: Lateral occipital gyrus (labeled again)
- J**: Anterior temporal gyrus (labeled again)
- K**: Posterior temporal gyrus (labeled again)
- L**: Superior frontal gyrus (labeled again)
- M**: Inferior frontal gyrus (labeled again)
- N**: Anterior temporal gyrus (labeled again)
- O**: Posterior temporal gyrus (labeled again)
- P**: Lateral occipital gyrus (labeled again)
- Q**: Superior parietal lobule (labeled again)
- R**: Inferior parietal lobule (labeled again)
- S**: Superior frontal gyrus (labeled again)
- T**: Inferior frontal gyrus (labeled again)

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 11859 / 02
 CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
 NOM DE L'ASSURE : HALOUANE SALAH
 CERTIFICAT N° : 3862705 MATRICULE:3862705
 BENEFICIAIRE : HALOUANE SALAH
 DATE DE LA DECLARATION : 19/12/2023
 DECLARATION N° : 23167735 / 23167735
 DATE DE REMBOURSEMENT : 31/12/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
15	Pharmacie	213.30	0.00	213.30	0.8000%		170.64
24	Hospitalisation medicale	2762.31	0.00	2762.31	0.8000%		2209.85
TOTALS		2975.61	0.00	2975.61			2380.49
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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - 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 :

23167735

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

29 75,61

Matricule Sté :

HALOUANE SALAH

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : HALOUANE SALAH Âge

Lien de parenté :

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

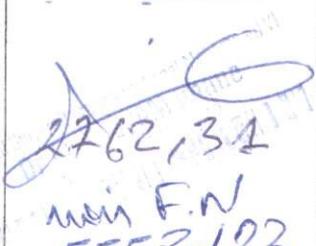
CERTIFICAT N°

SALAH
10/12/23
02/01/24

23167735



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant 10/12/2023		 2262,31 main F.N 55580/23
Pharmacie 10/12/2023		213,3
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

VOLET DÉTACHABLE

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

المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

"Consultation Neurochirurgie"

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 10/12/2023

Tension Hafouane Salim

70,90 Ⓛ Profenid 500 mg:
1 cpx 2 l/jour pdt 05 jours

22,70 Ⓛ Cado lipronec cp:
1 cpx 3 l/jour pdt 05 jours

3 Ⓛ cedes 20 mg:
1 gell/jour pdt 05 jours

65,70 Ⓛ Coltnax cp:
1 cpx 3 l/jour pdt 05 jours

88,70 Ⓛ vitamervil fort
1 cpx 2 l/jour pdt 05 jours



Centre Hospitalier Bouskoura
Délégué Général André Lamsalha
Nouakchott - Casablanca
+212 522 59 23 15 - 07 70 40 06 84

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél. : +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax : +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79 

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300280864

F A C T U R E

N° **55 580 / 2023** du **10/12/2023**

Nom patient : **HALOUANE SALAH**

Entrée **10/12/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **10/12/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Consultation exclusive d'urgentiste	1.00		300.00	300.00
Radiographie du rachis lombaire sous une	1.00		180.00	180.00
IRM dorsale	1.00		2 200.00	2 200.00
			Sous-Total	2 680.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		82.31	82.31
			Sous-Total	82.31
Total Frais Clinique				2 762.31

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE SEPT CENT SOIXANTE-DEUX DIRHAMS TRENTÉ ET UN CENTIMES

Total **2 762.31**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	2 762.31	2 762.31	0.00

Ref Chq : 626086//AWB/



231210114100M.

HALOUANE SALAH

Admission du : dimanche 10 décembre 2023

Ordonnance

(10/12/2023,-) CONSULTATION _SO_ [DR. BERTUL AZIZ]

Date Prescription	Libelle	Qte	Praticien
10/12/2023	Radiographie du rachis lombaire sous une incidence	1	DR EL HAJJAM IMANE
10/12/2023	Supplement pour incidence radiographique supplémentaire	1	DR EL HAJJAM IMANE
10/12/2023	IRM dorsale	1	DR EL HAJJAM IMANE

Hôpital Universitaire
Préparatoire à la Santé
Dr. BERTUL AZIZ



090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2312101413080370 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300280864	HALOUANE SALAH	10/12/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	626086//AWB MR OU MME HALOUANE SALAH OU MME DOURRHAM KHADIJA	2 762.31
PAYANT	Total payé	2 762.31

DEUX MILLE SEPT CENT SOMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : M. Abd. H. J.

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service des Régistres
Famille et Patiente

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : HALOUANE SALAH	N° Facture	55 580	2300280864
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0)	1	6.34	6.34
ANDOL 1G INJECTABLE BOIT 1G INJECTA (01)	1	18.80	18.80
CHLORURE DE SODIUM 0,9% 0,9%Po500 INJEC	1	12.80	12.80
CLOPRAZINE 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	1	1.39	1.39
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG 40MG INJECTA (0)	1	29.90	29.90
PROFENID 100 MG /2ML SOL 100MG/2ML INJEC	1	5.62	5.62
Sous-Total médicaments			74.85
INTRANULE G 18	1	1.60	1.60
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5.86	5.86
Sous-Total consommable médical			7.46
Total pharmacie			82.31



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: HALOUANE SALAH

Date: 10/12/2023

Type d'examen: IRM dorsale

:

Médecin traitant:

IRM dorsale

Technique:

Séquences sagittales T1 T2 et STIR.

Séquence axiale T2.

Résultats :

- Rectitude de la cyphose dorsale.
- Respect de la hauteur des corps vertébraux.
- Hyposignal T2 du disque inter vertébral au niveau de L2-L3 avec protrusion discale non conflictuelle.
- Lésion nodulaire en hypersignal T1 et T2 du corps vertébral de D7 s'effaçant au STIR en rapport avec un îlot graisseux.
- Kyste de Tarlov en regard de S2.
- Respect des espaces sous-arachnoïdien.
- Absence d'anomalie du signal de la moelle.
- Absence d'anomalie paravertébrale.

Conclusion:

Discopathie protrusive non conflictuelle au niveau de L2-L3.

Dr BERROUYNÉ





HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: HALOUANE SALAH

Date: 10/12/2023

Type d'examen: Radiographie du rachis lombaire

:

Médecin traitant:

Résultats :

Respect de la lordose lombaire et de l'alignement vertébral

Quelques becs ostéophytiques antérieures

Discret pincement discal L2-L3 avec présence d'un bec ostéophytique postérieur réduisant secondairement le diamètre du récessus latéral.

Intégrité des massifs articulaires.

Dr BERROUYNE

