

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-852241

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11953 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAUDI NOURA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0664 06291 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : 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.

Le : 03/05/24

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

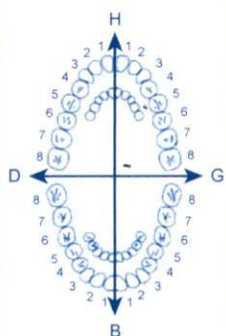
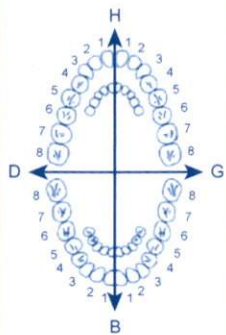
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<div style="text-align: center;"> DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> </div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	<div style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	Montant des Honoraires				COEFFICIENT DES TRAVAUX														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 12245 / 04
NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR
BENEFICIAIRE : HAFSA
DECLARATION N° : 23722216 / 23722216
CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE:2237083
DATE DE LA DECLARATION : 26/01/2024
DATE DE REMBOURSEMENT : 31/03/2024

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	0.00	300.00	0	80.00%	240.00
9	Pratique medicale courante	250.00	0.00	250.00	0	80.00%	0.00
13	Analyses medicales	1850.00	0.00	1850.00	0	80.00%	1480.00
15	Pharmacie	109.40	0.00	109.40	0	80.00%	87.52
244	matériel médical pr état pathologique	1200.00	0.00	1200.00	0	80.00%	500.00
TOTAUX		3709.40	0.00	3709.40			2307.52
OBSERVATIONS : nr: cst podologue							

WANA CORPORATE S.A
Direction Support & pilotage RH
Lot La Colline II, Lot 1&2
Sidi Maârouf - 20190 Casablanca
Tél: 3779 000 000 / Fax: 3779 000 400

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 : 23722216

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

MOUVIR MOUKDAR

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

3709,4

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

26/01/2024

Nom et prénom du malade :

MOUKDAR HAFSA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Malade de l'achalasia

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

23722216



تأمين الوفاء
Wafa Assurance



Prrière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter aux autorités locales, régionales et nationales.

<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>
<p>Date : <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>
<p>Date de l'appareillage : <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div></p>	

23/02/2024 15:59

Cabinet de Podologie

Diplômée d'état, Paris

62, Boulevard Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc

عيادة طب الأقدام

خريجة دولة باريس

62، شارع سيدي عبد الرحمان
الدار البيضاء - المغرب

Le

Facture N°: 977

Date : 23/02/2024

Bénéficiaire : Moukdar Hafsa
MOUKDAR HAFSA

Tél: 0600000205

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CS	Consultation	1	250,00	250,00
OP	Semelles orthopédiques	1	1 200,00	1 200,00
Total				1 450,00

Arrêté le présent document à la somme de :
mille quatre cent cinquante dirham(s)

Tél : (+212) (0) 5 22 36 62 61 - GSM : 06 66 52 52 74 - E-mail : cabinetpodiamo@gmail.com - Web : www.podiama.ma

Radiologie Numérisée | Echo Doppler
Echographie Obstétricale 3D-4D | Mammographie Numérisée
Sénologie interventionnelle | Scanner multibarrettes
Ponctions guidées (Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie
IRM Haut Champ 1.5T

CASABLANCA, LE 26/01/2024

FACTURE

N° Admission : 24000687 N° Facture : 24000641 Date facturation : 26/01/2024

Nom et prénom du patient : HAFSA MOUKDAR

Convention : PAYANT

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
PANGONOGRAMME ,RX 2GENOUX F/P EN CHARGE,RX 3INC F/P	1.00	1 850.00	1 850.00
		Sous-Total	1 850.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

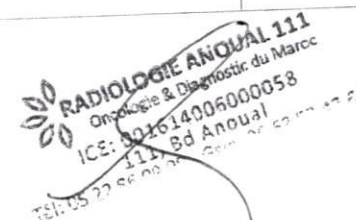
Mille huit cent cinquante dirhams

Total : 1 850.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 ☎ 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie
Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie P32
du centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca
Consultation sur rendez-vous

الدكتور عبد الكريم العركاب

أستاذ جراحة العظام و المفاصل
رئيس سابق لقسم جراحة العظام و المفاصل
بالمستشفى الجامعي
إبن رشد بالدار البيضاء
الفحص بالموعد



Casablanca, le 07/02/24 في الدار البيضاء

Podiama SARL AU
64 Blvd Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc
Tél : 000198462000097

M^{ell} - MUKHAR Hefri

Inégalité de longueur
des membres inférieurs :

$$MIG = MIG + OSMA$$

Porter des semelles
orthopédiques avec
Compensation de + OSMA
à droite

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie

Casablanca, le 26 Janvier 2024

PR. LARGAB ABDELKRIM

MME. MOUKDAR HAFSA

COMPTE RENDU

PANGONOGRAMME

Genu varum bilatéral :

- Angle de la déviation angulaire globale du genou droit est de 2° soit une déviation angulaire corrigée de 5° .
- Angle de la déviation angulaire globale du genou gauche est de 3° soit une déviation angulaire corrigée de 6° .

MENSURATION DES MEMBRES INFÉRIEURS

Membre inférieur droit :

- Longueur fémorale : 44,9 cm.
- Longueur tibiale : 37,6 cm.
- Soit une longueur totale de 82,5 cm.


Membre inférieur gauche :

- Longueur fémorale : 45,3 cm.
- Longueur tibiale : 37,6 cm.
- Soit une longueur totale de 82,9 cm.

Conclusion :

Discrète inégalité de longueur des membres inférieurs de moins de 4 mm du côté droit


DR LAHLOU NEZHA
Radiologie Anoual
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Nazha Lahlou


Radiologie Anoual 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614000000058
111, Bd Anoual
26105 29 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00
06 63 57 42 60

Casablanca, le 26 Janvier 2024

PR. LARGAB ABDELKRIM

MME. MOUKDAR HAFSA

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DES GENOUX EN POSITION DEBOUT FACE, SCHUSS , PROFIL ET INCIDENCES FEMORO-PATELLAIRES A 30°, 60° ET 90°

- Absence d'anomalie notable de la statique sur le cliché de face effectué en charge.
- Interlignes fémoro-tibiaux de largeur conservée.
- Absence d'anomalie notable au niveau des plateaux tibiaux ainsi que des condyles fémoraux.
- Aspect normal de la rotule.
- Interlignes fémoro rotuliens de largeur conservée et surfaces articulaires d'aspect net et régulier.
- Absence de subluxation de la rotule.

Conclusion :

Radiographie des deux genoux ne révélant pas d'anomalie notable.

DR. LAHLOU NEZHA
RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Nezha LAHLOU
RADIOLOGUE
ICE: 201634006000053
111, Bd Anoual - Casablanca
Oncologie & Diagnostic du Maroc
