

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 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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11553

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAOUDE

NAOURA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066486248

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.

Fait à : 03/05/2014

Le : 03/05/2014

Signature de l'adhérent(e) : R.S

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date 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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient Montant des Honoraires					COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">D</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		D	
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
00000000	00000000	35533411	11433553																		
B		D																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraires																			
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

/ 12245 /
04

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR

CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE: 2237083

BENEFICIAIRE : MOUKDAR MOUNIR

DATE DE LA DECLARATION : 02/02/2024

DECLARATION N° : 23722217

/ 23722217

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	0.8000%	240.00	
9	Pratique medicale courante	250.00	0.00	250.00	0.8000%	0.00	
14	Radiologie	2000.00	0.00	2000.00	0.8000%	1600.00	
15	Pharmacie	171.80	0.00	171.80	0.8000%	137.44	
244	matériel médical pr état pathologique	1300.00	0.00	1300.00	0.8000%	500.00	
TOTALS		4021.80	0.00	4021.80			2477.44

OBSERVATIONS :

nr: cst podologue

WANA CORPORATE S.R
Direction Support & pilotage RH
Lot La Colline II, Lot 1&2
Sidi Maârouf - 20190 Casablanca
Tél: 0529 000 000 / Fax: 0529 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, parodontoses 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

SIEGE 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 : 23722217

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

MOUNIR MOUKDAR

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

4024,8

Cachet du médecin :

Dr. Abdellah LARGAD
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N° 258, R. le Moulouy, 15 Maâni
Tel.: 05 22 22 33 00 / Fax: 05 22 27 22

Date de la consultation :

02/06/2014

Nom et prénom du malade :

MOUNIR MOUKDAR Âge 46

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

Loreflex + doléances

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

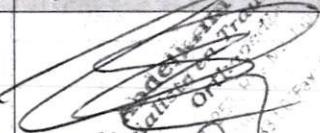
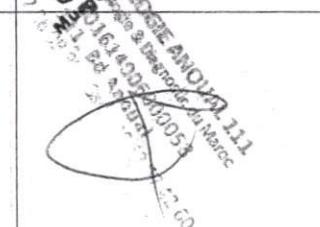
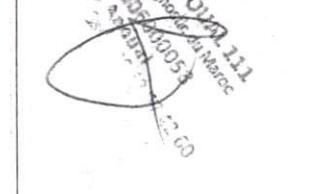
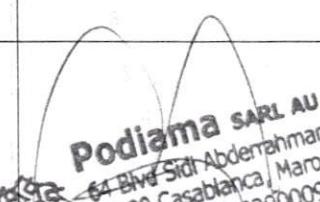
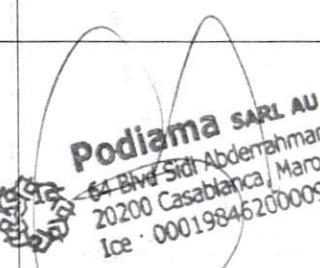
CONTRAT N°

NOM DU MALADE

CERTIFICAT N°

23722217

تأمين الوفاء

Médecin traitant	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	3/3/24 23/02/24	  <p>Podima SARL AU 64 Blvd Sidi Abderrahman 20200 Casablanca, Maroc Ice : 000198462000097</p>	800,00 250,00
Pharmacie	9/3/24	  <p>PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KAMAL Quartier Val Fleuri 3 Bts, Rue Henri Quartier: Maledene Talbi III, Casablanca Tel: 0524 6992 44 21</p>	171,80
Analyses / Radiologie	05/02/24	  <p>Aissa ANALYSTE EN PATHOLOGIE 64 Blvd Sidi Abderrahman 20200 Casablanca, Maroc Ice : 000198462000057</p>	200,00
Auxiliaires médicaux	23/02/24	  <p>Podima SARL AU 64 Blvd Sidi Abderrahman 20200 Casablanca, Maroc Ice : 000198462000097</p>	1300,00

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

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

VOLET DÉTACHABLE

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



Casablanca, le

09/02/24

الدكتور عبد الكري姆 العركاب

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

الدار البيضاء، المغرب

*Podiama SARL AU
64 Blvd Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc
Tél : 00019846200097*

*Injekt de sérum
d'antiseptiques
MIG-MED + 1Lm4*

*forfait de semelles ortho-
-podiques avec + 1Lm4
à droite*

23/02/2024 16:01

**Cabinet de Podologie**

Diplômée d'état, Paris

62, Boulevard Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc**عيادة طب الرجل**

خريجة دولية بباريس

62، شارع سيد عبد الرحمن
الدار البيضاء - المغرب

Le

Facture N°: 978

Date : 23/02/2024

Bénéficiaire : Moukdar Mounir
MOUKDAR MOUNIR

Tél: 0600000205

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CS	Consultation	1	250,00	250,00
OP	Semelles orthopédiques	1	1 300,00	1 300,00
Total				1 550,00

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

*Podiama SARL AU
64 Blvd Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc
Tél : 00019846200097*

lément prescrit. Ne le
ne en cas de
être nocif.
grave ou si vous
mentionné dans cette
votre pharmacien.

MÉ ET DANS QUELS

ANS A CONNAITRE
PRIME ?
IMPRIIME ?
ABLES EVENTUELS ?
COMPRIME ?
ES

MÉ ET DANS QUELS

stance active dénommée
un groupe de
és non stéroïdiens
flammation et la douleur
d
il
eurs aigus d'arthrose,
n
llement appelée maladie
ANS A CONNAITRE

PRIME ?
dans les cas
de,
ans,
ù à d'autres
e,
l'implosants de Aloxia
lentaires» pour la liste
le
Chuivants après avoir pris
toire, difficulté à
lements de la
sol
peau et les
des yeux, du visage,
an
tème de Quincke),
allement avec des
estins,

• intolérance à certains
contient du lactose.
Informations Imposées
Si vous n'êtes pas
parlez-en à votre
pharmacien.

Faites attention à
Mises en garde

Les médicaments
une légère augmentation
infarctus du myocarde.
risque est d'autant
élèves et la durée.
Ne pas dépasser le
traitement (voir rubrique
comprise ?).

- si vous avez des
accident vasculaire
facteurs de risque
discuter de votre
pharmacien. Par ex.
• si vous avez une
• si vous avez des
• si vous avez un taux
(hypercholestérolémie)
• si vous fumez.
Vous devez arrêter
apparition d'une éruption
(lésions des muqueuses
sévères ou de tout
avec votre médecin.
Arrêtez immédiatement
vous remarquez une
selle en noir) ou une
(provocant des douleurs).
ALOXIA ne convient
ALOXIA peut masquer
exemple la fièvre),
vous devez consulter
ALOXIA peut entraîner
devez informer votre
si vous rencontrez
ce disponible concernant l'utilisation de
une attention spéciale. (Voir partie «
cernant l'utilisation de CARTEXAN pour
spéciale. (Voir partie « mises en garde »).

vant, pendant ou après les repas. P
andé de prendre le médicament après
ées, sans être mâchées, avec suffisamment
CONFORMER STRICTEMENT A L'USAGE.

IALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI

cardiaque :
is (<1/10000), les patients atteints d'ulcère
attribué à l'effet osmotique du sulfadiazine.

possible concernant l'utilisation de CARTEXAN
aties avec une attention spéciale.
été détecté lors de la recherche clinique.
utilisant des doses très élevées comprimés de 200 mg chez les humains/jour), un léger
est utilisé conjointement à des médicaments (aztreonam, litazol, triflusal et ticlopidine).

• Sodium

سوانح عبد الكري姆 العركاب

الفحص بالموعد

1600 0000

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie P32
du centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca

Consultations suspended

Casablanca, le

لداد السضاء، في

الدكتور عبد الكريم العركاب

أستاذ جراحة العظام و المفاصل

د. ناصر سعيد: معاشرة لقصيدة حمامة العظاء و المفاصد

سید جرجی

بالمسيحي الجامعي

من رشد بالدار البيضاء

الكلمات

Casablanca, le

02/02/24

M^r MOKDAR named

4 Rx der Nachseher

Le programme
avec une de nos
sœurs m'

Dr. Abdelkrim LARGAS
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Meaui - Mers Sultan - 20130 Casablanca
Tél. : 0522 22 33 00 / 01 - E-mail : pr.abdelkrifnifagab@gmail.com

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Mâani - Mers Sultan - 20130 Casablanca
Tél : 0522 22 33 00 / 01 - E-mail : pr.abdelkrimlaragh@gmail.com

Casablanca, le 03 Février 2024

PR. LARGAB ABDELKRIM

MR. MOUKDAR MOUNIR

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER FACE ET PROFIL EN CHARGE

De face :

- Scoliose lombaire à convexité droite à angle de Cobb mesuré à 15° entre les plateaux supérieur de L1 et inférieur de L4.

De profil :

- Rectitude de la colonne cervicale.
- Cyphose dorsale à angle mesuré à 47° entre les plateaux supérieur de D4 et inférieur de D12.
- Hyperlordose lombaire à angle mesuré à 62° entre les plateaux supérieur de L1 et inférieur de L5.

DR .A.BELHAJ SOULAMI
Dr. Belhaj Soulamy Abdellah
Médecin Radiologue

Casablanca, le 03 Février 2024

PR .LARGAB ABDELKRIM

MR. MOUKDAR MOUNIR

COMPTE RENDU

MENSURATION DES MEMBRES INFÉRIEURS

Technique :

- Projection des extrémités des membres sur règle graduée.

Résultat :

Membre inférieur droit :

- Longueur fémorale : 53,2 cm.
- Longueur tibiale : 41,6 cm.
- Soit une longueur totale de : 94,8 cm.

Membre inférieur gauche :

- Longueur fémorale : 54 cm.
- Longueur tibiale : 42 cm.
- Soit une longueur totale de : 96 cm.

Conclusion :

- Inégalité de longueur entre les deux membres inférieurs de 1,2 cm au dépens de côté droit.
- Bascule inférieure du bassin à droite de 1,2 cm.

PANGONOGRAMME

- Genu varum bilatérale avec déviation angulaire globale mesuré à 7° à droite et 6° à gauche soit 9° à droite et 8° à gauche en valeur corrigée.

DR .A.BELHAJ SOULAMI

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

F A C T U R E

N° de l'admission : 24000888 **N° Facture** : 24000841 **Date facturation** : 03/02/2024

Nom et prénom du patient : **MOUNIR MOUKDAR**

Convention : :

Traitements : **Examen radiologie**

Entrée: 03/02/2024 Sortie: 03/02/2024

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
PANGONOGRAMME ,RACHIS COMPLET F+P CASSE 1INC 30X120			1 600.00
		Sous-Total	1 600.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			400.00
		Sous-Total	400.00

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	400.00	40.00
		Sous-Total	40.00

arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille dirhams	Total : 2 000.00
	Part patient 2000.00

Notre compte bancaire :

