

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-852243

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11053 Société : 204134
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAOUDI NAYRA
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 : Casablanca Le : 03/05/2025
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

RELEVÉ 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

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 11433553 G </div> </div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	[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

تامين الوفاء
Wafa Assurance

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 12245 /
NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR 04
BENEFICIAIRE : MOUKDAR MOUNIR
DECLARATION N° : 23722217 / 23722217

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE:2237083
DATE DE LA DECLARATION : 02/02/2024
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 spécialiste	300.00	0.00	300.00	0	80.00%	240.00
9	Pratique médicale courante	250.00	0.00	250.00	0	80.00%	0.00
14	Radiologie	2000.00	0.00	2000.00	0	80.00%	1600.00
15	Pharmacie	171.80	0.00	171.80	0	80.00%	137.44
244	matériel médical pr état pathologique	1300.00	0.00	1300.00	0	80.00%	500.00
TOTAUX		4021.80	0.00	4021.80			2477.44
OBSERVATIONS : nr: cst podologue							

WANA CORPORATE S.A.
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, 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 remises 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 éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



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 : 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

4.021,8

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

02.06.2024

Nom et prénom du malade :

MOUNIR MOUKDAR

Âge 46

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

L'assuré souffre d'une lésion de la colonne vertébrale.

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°

23722217

تأمين الوفاء

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

09/04/24

الدكتور عبد الكريم العركاب

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

الدار البيضاء, في



MOUKDAR MOUNIR

Inégalité de longueur
des membres inférieurs :

MIG = MED + 1 cm

Porter des Semelles ortho-
pédiques avec + 1 cm
à droite

Orthopédie
Spécialité en Traumatologie

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

23/02/2024 16:01

Cabinet de Podologie Solution

Diplômée d'état, Paris

خريجة دولة بباريس

62, Boulevard Sidi Abderrahman
20200 Casablanca, Maroc

62, شارع سيدي عبد الرحمان
الدار البيضاء - المغرب

Le

Facture N°: 978

Date : 23/02/2024

Bénéficiaire : Moukdar Mounir
MOUKDAR MOUNIR

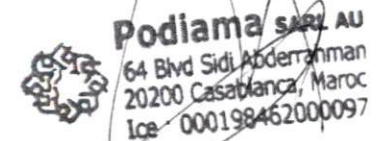
Tél: 0600000205

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)



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

krin
ologie
Serv
hop
Uni
Casab

CARTEXA
Chondroline

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

MÉ ET DANS QUELS

NS A CONNAITRE
RIME ?
MPRIMÉ ?
ABLES EVENTUELS ?
OMPRIMÉ ?
S

MÉ ET DANS QUELS

nce active dénommée
un groupe de
non-stéroïdiens
inflammation et la douleur
d
il
seurs aiguës d'arthrose,
tu
il
ement appelée maladie

NS A CONNAITRE
RIME ?
dans les cas

ans,
à d'autres

posants de Aloxia
entaires» pour la liste
ic
uivants après avoir pris
irr

toire, difficulté à
nc

lements de la
doi

peau et les
ue des yeux, du visage,
an
rendant
ème de Quincke),
atement avec des
estins,

Handwritten notes and stamps:
- "CARTEXA" stamp
- "Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Mâani - Mers Sultan - 20130 Casablanca" stamp
- "Tél.: 0522 22 33 00 / 01 - E-mail: pr.abdelkrimlargab@gmail.com" stamp
- "Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Mâani - Mers Sultan - 20130 Casablanca" stamp
- "Tél.: 0522 22 33 00 / 01 - E-mail: pr.abdelkrimlargab@gmail.com" stamp
- "Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Mâani - Mers Sultan - 20130 Casablanca" stamp
- "Tél.: 0522 22 33 00 / 01 - E-mail: pr.abdelkrimlargab@gmail.com" stamp

نور عبد الكريم العركاب

ستاذ جراحة العظام و المفاصل
سابق لقسم جراحة العظام و المفاصل
بالمستشفى الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

الدار البيضاء في

PPV (DH):

LOT N°:

UTAN:

ARMALIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Vol Fleuri 3 Bts. Rue Henri
Moguer, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél: 0522 99 00 11

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeeur 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
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

Casablanca, le 02/02/24 في الدار البيضاء

Handwritten signature: M^r MOUKDAR MOURAB

Handwritten signature: Y R de Rachis entr

Handwritten signature: R x paupouppanne
avec une mesure de la largeur
des membres inf

Dr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie

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 Abdelilah
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

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

FACTURE

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

Nom et prénom du patient : MOUNIR MOUKDAR

Convention :

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 03/02/2024 Sortie: 03/02/2024

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
PANGONOGRAMME ,RACHIS COMPLET F+P CASSE 11NC 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

RETENU HONORAIRE :

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

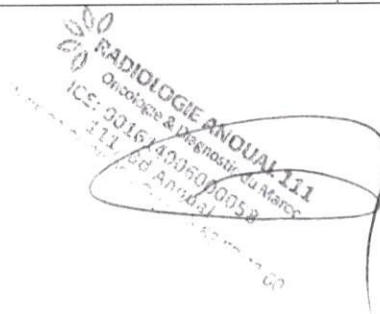
arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille dirhams

Total : 2 000.00

Part patient 2000.00

Notre compte bancaire :



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