

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-763971

13/11/33

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12347

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAAKOUBT Oumaima

Date de naissance :

08/03/1984

Adresse :

29, Rue Abou Oman El Hante, 27as
Casab

Tél. :

0662839339

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ou que M



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
				INP : <input type="text"/>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G																
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

WANA CORPORATE SA

/ 992613/

CONTRACTANTE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : YOUSSEF

CERTIFICAT N° : 3605836

MATRICULE : 3605836

BENEFICIAIRE : 21608235 / 21608235

DATE DE LA DECLARATION : 01/05/2022

DECLARATION N° :

DATE DE REMBOURSEMENT : 20/07/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation specialiste	400.00		400.00		80%	320.00
13	Analyses medicales	200.00		200.00		80%	160.00
15	Pharmacie	207.00		0.00		80%	0.00
24	Hospitalisation medicale	1000.00		1000.00		80%	800.00
TOTAUX		1807.00		1600.00			1280.00

OBSERVATIONS :

nr : FM

CLAUSE " 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 Boite 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.

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL. 05 22 64 55 65 - R.C. 31 719 - I.F. 01085467 ICE 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise réele par la loi n° 17/99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21608235

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

360 58 36 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghni Alaaoui Rachid

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

1807,00 dh

Cachet du médecin :

DOCTEUR N. ZAHER
PEDIATRE
Résidence El Walida
199, Bd Bir Anzarane
Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Medaghni Alaaoui Youssef 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.

nature de l'assuré

RATION

AT N°

J MALADE

E CONSULTATION

ES FRAIS ENGAGES :

21608235

CERTIFICAT N°



تامين الوفاء
Wafa Assurance

actes médicaux	Signature et cachet attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	07/05/22 V. G. M. M.	1802,00 CLINIQUE L'ESPRESSAGE 35, Bd Anouar Ben Ali Tunis - Tunisie Tél: 0522 86 55 55
Pharmacie		
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

VOLET DÉTACHABLE

ordonnance

Casablanca, le

11/07/22

الدار البيضاء في

Nouran vi medanei Alhawi,
femme juillais
né per avancée le 01/05/22.
Détours respiratoires, si larmes = 3.
Admis en réa vis mat,
mis sous or, perfusion + Triptans
CPB du 21/5/22, 141L.
Anesthésie progressive M. vi
Sous la forme de la récuse
suivie de la secon.
L'edam du 21/5 est commandé
après sondage en 2e, permettant la
fracture le même jour.

DOC. DR. M. ZAHER
PEDIATRE
M. Bir Anzarou
Casablanca

L'HERMITAGE



مصحة لارميطاج

MEDAGHRI-ALAOUI) (Yaakoubi Oumaima)
01/05/2022 au 02/05/2022

FACTURE : 202200568
DU : 02/05/2022

Etablie par : K. Khadija

CLINIQUE

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
SOINS INTENSIFS	1	1 000,00	1 000,00
PHARMACIE	1	207,00	207,00
TOTAL CLINIQUE			1 207,00

ENCAISSEMENT COMPTE AUTRUI

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
DR. ZAHIRI	1	400,00	400,00
GLAB	1	200,00	200,00
TOTAL AUTRUI			600,00

retée la présente facture à la somme de MILLE HUIT CENT SEPT DIRHAMS

article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015,
romulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative
aux droits de timbres

PATIENT
TOTAL TTC

1 807,00

35, Bd Anouar Ousablanca
Tel: 0522 86 55 06 Fax: 0522 86 55 77

CLINIQUE L'HERMITAGE



لِرْبَابِهِ لِرْبَابِهِ

Séjour : Du 01/05/2022 au 02/05/2022
Patient : Em. (MEDAGHRI ALAOUI)
N° Facture :

DÉTAIL PHARMACIE

Désignation	Date	Prix Unitaire	Quantité
CHLOR SOD 0.9% FL	2022-05-01	17.500	1
GANT JETABLE M	2022-05-02	0.900	10
GLUCOSE 10% FL	2022-05-01	14.170	1
GLUCOSE 10% FL	2022-05-02	14.170	1
INTRANULE 24 JAUNE POLYFLON	2022-05-01	5.400	2
INTRANULE 24 JAUNE POLYFLON	2022-05-02	5.400	2
PERFUSEUR	2022-05-01	5.800	1
PROLONGATEUR	2022-05-04	19.000	1
ROBINET 3 VOIES	2022-05-01	7.200	1
SERINGUE 1 CC	2022-05-04	0.000	1
SERINGUE 5 CC	2022-05-01	0.920	2
SERINGUE 5 CC	2022-05-02	0.920	2
SONDE D'ASPIRATION 6	2022-05-01	5.600	2
TRIAXON 500 G	2022-05-04	26.780	1
TRIAXON 500 G	2022-05-04	57.000	1

CLINIQUE L'HERMITAGE
35, Bd Anoual-Casablanca
Tel: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77

Relevé d'Honoraires N° : 2205022008

Casablanca le 02-05-2022

BB Bb ALAOUI MEDAGHRI

Demande N° 2205022008
Date de l'examen : 02-05-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA	Prélèvement sang adulte	E	25
0104	Calcium	B	30
0370	CRP	B	100
	Prélèvement externe	B	0

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée le présent relevé à la somme de : deux cents dirhams

Conformément à la législation, il est interdit de modifier les dates de facturation.

LABORATOIRE GLAB
Doktora / Dr. Lab
93, Boulevard Anoual
Casablanca / Maroc
Tél : +212(0) 522 86 09 10 / Fax : +212(0) 522 86 08 95
GSM : +212(0) 6 68 43 91 31 / IF : 15188932 - TP : 36336941 - CNSS : 4157526
E-mail : contact@glab.ma - www.glab.ma - ICE : 001758930000090

Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h30 à 19h/ le Samedi de 07h45 à 16h
93, Boulevard Anoual, 20 360 - Casablanca / Tél. : +212(0) 522 86 09 10 - Fax : +212(0) 522 86 08 95
GSM : +212(0) 6 68 43 91 31 / IF : 15188932 - TP : 36336941 - CNSS : 4157526
E-mail : contact@glab.ma - www.glab.ma - ICE : 001758930000090

ALAQUI MEDAGHRI

BB Bb ALAQUI MEDAGHRI

022

022008

Prélevé le : 02-05-2022 à 08:30 par Infirmière Clinique
Dossier enregistré le: 02-05-2022 à 08:42

Compte-rendu complet

INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Intervalle de référence

Antériorités

Identité du patient :

Identité du patient transmise et contrôlée par le préleur

BIOCHIMIE SANGUINE

Calcémie

(Enzymatique, INDIKO Plus)

2.12 mmol/l
85.0 mg/l

(1.90-2.60)
(76.2-104.2)

CRP

(Spectrophotométrique, INDIKO Plus)

1.0 mg/l

(<10.0)

Prélèvement à Domicile

Chère patiente et cher patient,

En tenant compte des contraintes sanitaires en rapport avec la pandémie de COVID-19, le laboratoire G Lab a mis en place tous les dispositifs nécessaires, conformément aux réglementations d'hygiènes en vigueur, pour votre protection lors de votre présence dans le laboratoire.

Vous avez également la possibilité de faire réaliser vos prélèvements à domicile.

Nous mettons à votre disposition sur rendez-vous une équipe dédiée.

Contact :

Tél. + 212 522 86 09 10

E-mail : contact@glab.ma

LABORATOIRE G Lab
Dossier validé biologiquement par Docteur Mounir FILALI
Docteur Mounir FILALI
93 Boulevard Anoual
INPE 43061091 TP 36336941

Page 1 / 1

Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 7h30 à 19h / le Samedi de 07h45 à 16h
93, Boulevard Anoual 20 360 - Casablanca / Tél.: +212(0) 522 86 09 10 - Fax : +212(0) 522 86 08 95
GSM : +212(0) 6 68 43 91 31 / IF : 15188932 - TP : 36336941 - CNSS : 4157526
E-mail : contact@glab.ma - www.glab.ma - ICE : 001758930000090

مصحة زاهر ميطاج

DR ZAHER
date d'entrée. 15/5/2022

DR. ZAHER

PATIENT : Enf. (MEDAGHRI-ALAOUI) (Yaakoubi Oumaima)

HONORAIRES : 400,00
(QUATRE CENTS DIRHAMS)

DOCTEUR N ZAHER
PEDIATRE
Rés. Al Walida 199, Bd. Bir Anzarane
Tél.: 05 22 98 2824 - Casablanca

35, Bd Anoual . Angle Rue de la Pépinière - Casablanca - Tél.: 05 22 86 55 66 (3 L.G) - Fax : 05 22 86 55 77
Patente N° : 36362355 - IDF : 010 875 13 - RC : 406973 - ICE : 001737249000082