

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036078

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12074 Société : RAA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DEURBHAH Lehaouane
Date de naissance : 16/01/1978
Adresse :
Tél : 0673538691 Total des frais engagés : 1004,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : SALAH HALOUANE 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 : 5/6/2023 Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : / /

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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



DECLARATION DE MALADIE : 22540394

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

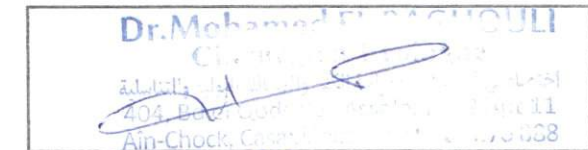
Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

☐ Médical☐ Dentaire☐ Optique

Total des frais engagés

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

11/04/2023

Nom et prénom du malade :

Hadjouane Sarah

Âge 48 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même☐ Conjoint☐ Enfants

Nature de la maladie :

Troubles du Bas Appareil Urinaire

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

TABLIR 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 : 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

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

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

22540394



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 1094 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : HALOUANE SALAH

CERTIFICAT N° : 3862705 MATRICULE: 3862705

BENEFICIAIRE : HALOUANE SALAH

DATE DE LA DECLARATION : 11/04/2023

DECLARATION N° : 22540394 / 22540394

DATE DE REMBOURSEMENT : 15/05/2023

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		300.00		80.0%	240.00
15	Pharmacie	371.40		371.40		80.0%	97.12
13	Analyses médicales	150.00		150.00		80.0%	120.00
14	Radiologie	200.00		200.00		80.0%	160.00
TOTAL		1021.40		1021.40			617.12
OBSERVATIONS :							
nr norma p							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels



أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie-Laser-Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire
- Chirurgie des hernies

- حصي الكلى والمسالك البولية
- سرطان المسالك البولية والتناسلية
- الفحص والجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي
- العقم عند الرجال - انفلات البول
- جراحة الفتق

URGENCE : 0663 11 29 23

NLPC, mini NLPC
إزالة حصي الكلى بدون جراحة

Tél: 05 22 870 888

Ordonnance

Casablanca, le: 11/04/2023: الدار البيضاء في:

Mr Halouane Salim



1) sumax 0.4mg gélule

1 gélule

pdt 1 mois



2) Norma P gélule

1 gélule pdt 1 mois

Dr. Mohamed EL BAGHOULI

Chirurgien Urologue

الطبيب في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

404, Bd El Qods Rés Assafa, Etg 2 Apt 11

Ain-Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 888

INPE: 141170035

404, Boulevard El Qods, Résidence Assakane Al Anik (Lot safaa), N° 11, 2ème Etage, Mandarona, Ain Chock, Casablanca

404. شارع القدس إقامة السكن الأنيق (إقامة الصفا). الطابق 2 شقة 11. الدار البيضاء

PHARMACIE CASAVIEW
 Dr Othmane BENNOUNA
 Centre commercial Casaview
 Nassim islane - Casablanca
 tél: 0522 69 64 64 WTSP: 0613 13 50 00

Date du prélèvement : 12-04-2023 à 16:55

Code patient : 1407262005

Né(e) le : 14-01-1975 (48 ans)



Mr Salah HALOUANE

Dossier N° : 2304122021

Prescripteur : Dr mohamed el baghouli

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil :

Deuxième Jet

Examen cytologique direct

Couleur :

Jaune

Aspect :

Limpide

Leucocytes :

<10 / mm³ (0-10)

<10 000 / ml (0-10 000)

Hématies :

<10 / mm³ (0-10)

<10 000 / ml (0-10 000)

Cellules épithéliales :

Absence

Cylindres :

Absence

Cristaux :

Absence

Trichomonas :

Absence

Levures :

Absence

Examen bactériologique

Gram :

Absence de germes

Cultures sur milieux usuels :

Culture demeurée stérile

Identification du germe :

-

Numeration :

-

Conclusion :

Absence de critères d'infection urinaire

Validé par Dr Y.ZEMRANI

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél.: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
Email: evolulab@hotmail.com - RC: 267035

*Calculs appareil urinaire

*حصى الكلي والمسالك البولية

*Cancers Urologiques

*سرطان المسالك البولية والتناسلية

*Endoscopie diagnostique et interventionnelle

*الفحص والجراحة بالمنظار

*Echographie - Lithotripsie - Dysfonction érectile

*الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي

*Infertilité masculine - Incontinence urinaire

*العقم عند الرجال - انفلات البول

URGENCE : 06 63 11 29 23

Tél : 05 22 870 888

Ordonnance

Casablanca le :: الدار البيضاء في

Note d'honorairesFacture-1590

Nom du patient : SALAH HALOUANE

Le 11/04/2023

Prestation	P.U	Qté	TVA	Total
Consultation	300.00 DHS	1	0 %	300.00 DHS
Echographie	200.00 DHS	1	0 %	200.00 DHS

Total en lettres	cinq cents DHS et zéro centimes	Total (TTC)	500.00 DHS
------------------	---------------------------------	-------------	------------

Praticien Responsable	Mohammed EL BAGHOULI
-----------------------	----------------------

Dr.Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
اختصاصي في أمراض المسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Qods Rés Assafa, Etg 2 Apt 11
Ain-Chock, Casablanca - Tél: 05 22 870 888
INPE: 141170035

404, Bd el Qods Rés Essakane ELANIK (Lot Assafa), Etg 2 Apt 11 Ain-Chock, Casablanca
404, شارع القدس إقامة السكن الأنيق (إقامة الصفاء), الطابق 2 شقة 11 عين الشق, الدار البيضاء



أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie-Laser-Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire
- Chirurgie des hernies

- حصي الكلى والمسالك البولية
- سرطان المسالك البولية والتناسلية
- الفحص والجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي
- العقم عند الرجال - انفلات البول
- جراحة الفتق

URGENCE : 0663 11 29 23

Bilan

Tél: 05 22 870 888

Casablanca, le: 11/04/2023: الدار البيضاء في

Mr Halouane salah

- | | |
|---|---|
| • ECBU <input checked="" type="checkbox"/> | • TESTOSTÉRONE TOTAL <input type="checkbox"/> |
| • PSA <input type="checkbox"/> | • TESTOSTÉRONE BIODISPONIBLE <input type="checkbox"/> |
| • NFS + PQ <input type="checkbox"/> | • FSH, LH <input type="checkbox"/> |
| • CRP <input type="checkbox"/> | • BHCG, AFP, LDH <input type="checkbox"/> |
| • URÉE, CRÉAT <input type="checkbox"/> | • INHIBINE B <input type="checkbox"/> |
| • BILAN D'HEMOSTASE <input type="checkbox"/> | • PROLACTINÉMIE <input type="checkbox"/> |
| • GLYCEMIE A JEUN <input type="checkbox"/> | • SPERMOGRAMME <input type="checkbox"/> |
| • HBA1C <input type="checkbox"/> | • SPERMOCULTURE <input type="checkbox"/> |
| • IONOGRAMME SANGUIN <input type="checkbox"/> | • PRÉLÈVEMENT URÉTRAL <input type="checkbox"/> |
| • CALCÉMIE, PHOSPHOREMIE <input type="checkbox"/> | • TSH, FT3, FT4 <input type="checkbox"/> |
| • BILAN LIPIDIQUE <input type="checkbox"/> | |

EVOLU LAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MORAOUAKI
107, Bd el Qods N°s Assafa, 2ème Etage, 11
Tél: 0522 85 03 34 - Fax: 0522 84 71 45
Email: evolulab@hotmail.com - RC: 287035

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
404, Bd el Qods N°s Assafa, 2ème Etage, 11
Ain-Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 888
INPE: 141170035

404, Boulevard El Qods, Résidence Assakane Al Anik (Lot safaa), N° 11, 2ème Etage, Mandarona, Ain Chock, Casablanca

404, شارع القدس إقامة السكن الأنيق (إقامة الصفا), الطابق 2 شقة 11, الدار البيضاء

FACTURE N° : 2304122021

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 12-04-2023

Mr Salah HALOUANE

Date de l'examen : 12-04-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	- Examen cyto bactériologique des urines	B112	B

Total des B : 112

TOTAL DOSSIER : 150.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams


EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél.: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
Email: evolulab@hotmail.com - RC: 267035