

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 : 18074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Rabiah

Rehabadji

Date de naissance : 26/01/1978

Adresse :

Téléphone : 0673538691

Total des frais engagés : 1021,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SALAH HALOUANE Age : 45

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 casy

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Doua

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ESTABLIR 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 bénéficiait 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 : 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

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



Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004
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 : 22540394

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

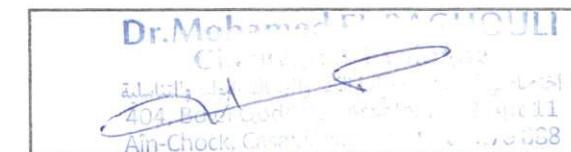
Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés



Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

Troubles du système Appareil circulatoire

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

22540394



DECLARATION

CONTRAT N° : CERTIFICAT N° :

NOM DU MALADE :

DATE DE CONSULTATION :

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	11/04/2023 <i>Dr. Mohammed El BAGHOUI</i> Chirurgien Urologue 404 Bd el Oued, Casablanca Tél: 0522 53 51 58	45 300,-
Pharmacie	11/04/2023 <i>PHARMACIE CASAVIEW</i> Dr Othmane BENNOUNA Centre commercial Casaview Nassim Islane - Casablanca Tél: 0522 69 64 64 WTS: 6513 13 50 00	
Analyses / Radiologie	11/04/2023 <i>Dr. Mohammed El BAGHOUI</i> Chirurgien Urologue 404 Bd el Oued, Casablanca Tél: 0522 53 51 58	Echaf 200,-
Auxiliaires médicaux	12-04-28 <i>ZYOLULAB</i> Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. Aziz MOURAOKI 187 Bd Ibnou Sina, Casablanca Tél: 0522 95 03 44 - 0522 44 17 45 E-mail: zyolulab@hotmail.com - SC: 267035	150,00 DH

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

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

VOLET DÉTACHABLE



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 specialiste	300.00		300.00		80.0%	240.00
15	Pharmacie	371.40		371.40		80.0%	97.12
13	Analyses medicales	150.00		150.00		80.0%	120.00
14	Radiologie	200.00		200.00		80.0%	160.00
TOTALS		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
- حصى الكلى والمسالك البولية
- سرطان المسالك البولية والتناسلية
- الفحص والجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي
- العقم عند الرجال - انفلات البول
- جراحة الفتقة

URGENCE : 0663 11 29 23

NLPC, mini NLPC

إزالة حصى الكلى بدون جراحة

Tél: 05 22 870 888

Ordonnance

الدار البيضاء في: ٢٣/٤/٢٠٢٣ Casablanca, le:

Mr. Hachane Salhi



1) Umax 0,4mg / gélule

gélule 1

pdt 1 mois



2) Norma P gélule

2 mois

Dr. Mohamed EL BAGHOULI

Chirurgien Urologue

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

404, Boulevard El Qods Rés Assaka, Flg 2 Apt 11

Ain Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 888

INPE: 141170035 (B22612)

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

HARMACIE CASAVIEW
 Dr. Othmane BENNOUNA
 Centre commercial Casaview
 Nassim islane - Casablanca
 tel: 0522 69 64 64 WTSP: 0619 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 / mm ³ (0-10) <10 000 / ml (0-10 000)
Hématies :	<10 / mm ³ (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



* حصى الكلى والمسالك البولية

* سرطان المسالك البولية والتناسلية

* الفحص والجراحة بالمنظار

* الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي

* العقم عند الرجال - انفلات البول

Tél : 05 22 870 888

URGENCE : 06 63 11 29 23

Ordonnance

Casablanca le الدار البيضاء في :

Note d'honoraires Facture-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 cent times	Total (TTC)	500.00 DHS
Praticien Responsable	Mohammed EL BAGHOULI		

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
اختصاص في أمراض وجراحة الكلى والمسالك 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
- حصى 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

Tél: 05 22 870 888

Bilan

Casablanca, le: le 11/04/2025 الدار البيضاء في:

Mr Halouane salah

- ECBU
- PSA
- NFS + PQ
- CRP
- URÉE , CRÉAT
- BILAN D' HEMOSTASE
- GLYCEMIE A JEUN
- HBA1C
- IONOGRAMME SANGUIN
- CALCÉMIE, PHOSPHOREMIE
- BILAN LIPIDIQUE
- TESTOSTÉRONE TOTAL
- TESTOSTÉRONE BIODISPONIBLE
- FSH, LH
- BHCG, AFP, LDH
- INHIBINE B
- PROLACTINÉMIE
- SPERMOGRAMME
- SPERMOCULTURE
- PRÉLÈVEMENT URÉTRAL

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOUAYAD
187, Bd. Aziz Beny Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 84 77 45
Email: evolulab@hotmail.com - RC: 87035

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Qods Rés Assakane, Flr 2 Apt 11
Ain Chock, Casablanca Tél: 05 22 870 888
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 الإنبيك (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

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	– Examen cytobactério 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 - 10100
 Tel.: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 15
 Email: evolulab@hotmail.com - RC : 267035