

# 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

- 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.

N° W21-807737

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8878

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Attoumani Sofi

Date de naissance :

17/10/1967

Adresse :

06 Rue El Hassan II  
El Jadida 51000

Tél. :

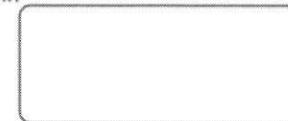
0665 18 12 27

Total des frais engagés :

1432 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



17/08/2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Enfant

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 :

Le :

**Décompte de Remboursement**  
**Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : FIRST REST / 1129 / CONTRAT N° : 9165 60 / 279000  
 NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004  
 BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID DATE DE LA DECLARATION : 07/07/2023  
 DECLARATION N° : 20446083 / DATE DE REMBOURSEMENT : 07/08/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
13	Analyses medicales	1566.00	0.00	1566.00	0	85.0%	1331.10
15	Pharmacie	166.40	0.00	166.40	0	85.0%	0.00
TOTALS		1732.40	0.00	1732.40			1331.10
OBSERVATIONS :							

\* 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

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](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 20446083

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

1732,40

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

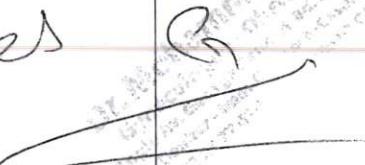
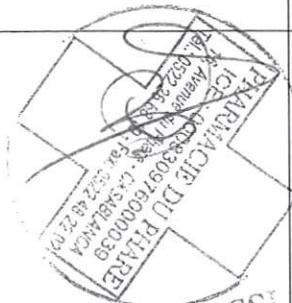
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

20446083

DECLARATION : ..... CERTIFICAT N° .....  
CONTRAT N° : .....  
NOM DU MALADE : .....  
DATE DE CONSULTATION : .....

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	07/07/23		
Pharmacie	7/7/23		166,40
Analyses / Radiologie	08/07/23	 <p>Laboratoire SENTISS Dr. Abdelfattah SENTISSI Rés. Romandie II - Tour 2 - Casa Tél.: 05 22 36 82 30 / 39 64 15</p>	1566,00
Auxiliaires médicaux			

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"/>
	<b>H</b>	Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :
<b>D</b>		Date : <input type="text"/>
	<b>G</b>	
		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 :
	<b>B</b>	Date de l'appareillage : <input type="text"/>
<p>Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets</p>		

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

**smecta®** orange-vanille  
Diosmectite

SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourrez la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour toute information.
- Si vous avez des questions, demandez à votre pharmacien ou à votre médecin indépendant.
- Vous pouvez également consulter le site Internet de la Société Française de Gastro-entérologie (www.sfg.org) ou la rubrique 4.

Que contient le sachet ?

1. Qu'est-ce que le sachet ?

2. Quelles sont les informations importantes à lire avant de prendre SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?

3. Comment prendre SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?

4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?

5. Comment conserver SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?

6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ADSORBANTS INTESTINAUX -

code ATC : A07BC05.

Ce médicament contient une substance active : la diosmectite.

La diosmectite est une argile naturelle purifiée qui couvre la muqueuse digestive.

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

• De la diarrhée aigüe chez l'enfant de plus de 2 ans en complément de la réhydratation orale, et chez l'adulte ;

• De la diarrhée chronique (de longue durée) chez l'adulte ;

• Des douleurs liées à des maladies fonctionnelles de l'intestin chez l'adulte.

## 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet ?

Ne prenez jamais SMECTA 3 g ORANGE-VANILLE, poudre pour suspension buvable en sachet :

• Si vous êtes allergique à la diosmectite ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

### Avertissements et précautions

Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 2 ans : SMECTA ne doit pas être utilisé.

• Si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins.

• Si vous buvez fréquemment de l'alcool ou si vous avez l'intention de boire de l'alcool récemment.

• Si vous souffrez d'une maladie de l'appareil digestif.

**épurattiva®**

230029

Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 99,50 DH

01/2027

ml

SMECTA ORANGE VANILLE  
3G SACHET B30  
P.P.V : 520DH40  
118000 011468

s extrait sec, Ortie (Urtica dioica) feuilles extract sec, cassis (Cassis) ardon marie (Silybum marianum) fruit extract sec, nicotinamide concentré de pomme, jus concentré de prune, eau conservateur : sorbate de potassium.

tifs naturels végétaux) augmente la sécrétion et ainsi la digestion.

andé en cas de Troubles de la digestion d'origine digestive, digestion difficile.

α 3/8

du visage et  
dème de Q  
baisse imp  
vous dev  
il et consu  
ez plus ja  
effets indés  
ce médicam  
g. 1000  
1000  
α 3/8



Dr. Mohammed M.  
Urgences : 06 61 06 79 49 - Tél. : 05 22 25 77 61 - E-mail : docteurmiri@hotmail.com

Angle Av. George Sand et Bd Stendhal Rés. Benber Imm. C 3<sup>ème</sup> étage N° 109 Maârif CASA (près T.A.C)  
Urgences : 06 61 06 79 49 - Tél. : 05 22 25 77 61 - E-mail : docteurmiri@hotmail.com

Docteur Mohamed Miri

Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique

Diplômé de la Faculté de médecine de Nancy (France)

- Membre de la société Française de Gynécologie
- Chirurgie Gynécologique Maladies du sein
- Coeliochirurgie - Hystéroskopie
- Accouchement
- Diplômé en Stérilité du couple (FIV-ICS)
- Diplômé en Echographie-Doppler
- Diplômé en Médecine-Foetale
- Diplômé en Colposcopie et pathologie cervico-vaginale



الدكتور محمد ميري

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض النساء

الجراحة النسائية أمراض الثدي

شهادة عقم الزوجين (كلية الطب بباريس)

شهادة الفحص بالصدى و طب الجنين

(كلية الطب بستراسبورج)

شهادة الفحص بالمنظار (كلية الطب بمرسيليا)

Casablanca, le 07-07-2023

م. Dr. M. Miri

1- NFS + VS

2- Glycémie à jeun + uree + creatin

3- Cholesterinole, Triglycérides (HDL-LDL)  
+ triglycérides

4- Ac. urique + CRP

5- Transaminases (GGO - GPT)

6- Dr. Sege

PSA  
TSH

Dr. Mohammed MIRI

Gynécologue - Obstétricien

Angle Av. George Sand et Bd. Stendhal

Benber - Imm. C - Maârif - Casablanca

Téléphone: 06 61 06 79 49 - 05 22 25 77 61

Angle Av. George Sand et Bd Stendhal Rés. Benber Imm. C 3<sup>ème</sup> étage N° 109 Maârif CASA (près T.A.C)  
Urgences : 06 61 06 79 49 - Tél. : 05 22 25 77 61 - E-mail : docteurmiri@hotmail.com

# Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI  
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse  
Spécialisé en Hématologie, Biochimie  
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale  
D.U. Assurance Qualité en B.M.

**FACTURE N° : 2307080002**  
ICE :001578364000055

Casablanca le 08-07-2023

**Mr Khalid DIRAI**

Demande N° 2307080002  
Date de l'examen : 08-07-2023

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	URICEMIE	B30	B
	CRP4	B100	B
	Cholestérol-LDL	B40	B
	NF	B80	B
	PSA Total	B300	B
	TSH	B250	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Urée plasmatique:	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	CHOLESTEROL	B30	B
	TRIGLYCERIDES	B60	B
	Cholestérol-HDL	B40	B
	Créatininémie	B30	B

Total des B : 1150

TOTAL DOSSIER : 1566 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cinq cent soixante-six dirhams s

INPE: 093000271  
Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdelfattah SENTISSI  
Rés. Romandie II, Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15  
Rés. Romandie II, Tour 2 - Casa  
Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15

# Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI  
Pharmacien Biologiste



Ancien Interne CHU de Toulouse  
Spécialisé en Hématologie, Biochimie  
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale  
D.U. Assurance Qualité en B.M.

Code Patient : 1301050004  
Date de l'examen : 08-07-2023

Mr Khalid DIRAI  
Réf : 2307080002  
Prescription :

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Sysmex XN-1000)

23-07-2022

Globules Blancs :	<b>3 870</b> /mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)	5 320
Globules Rouges :	5.26 /mm <sup>3</sup>	(4.30–5.76)	5.15
Hémoglobine :	15.9 g/dL	(13.5–17.2)	15.5
Hématocrite :	45.6 %	(39.5–50.5)	45.3
VGM :	86.7 fL	(80.0–99.0)	88.0
TCMH :	30.2 pg	(27.0–33.5)	30.1
CCMH :	34.9 %	(30.0–35.0)	34.2
Polynucléaires Neutrophiles :	<b>34.6</b> %	(40.0–75.0)	26.3
Soit:	<b>1 339.0</b> / mm <sup>3</sup>	(1 500.0–7 700.0)	1 399.2
Polynucléaires Eosinophiles :	1.6 %	(<5.0)	2.3
Soit:	61.9 / mm <sup>3</sup>	(20.0–1 100.0)	122.4
Polynucléaires Basophiles :	0.5 %	(0.0–1.0)	0.3
Soit:	19.4 / mm <sup>3</sup>	(<350.0)	16.0
Lymphocytes :	<b>52.7</b> %	(20.0–45.0)	60.5
Soit:	2 039.5 / mm <sup>3</sup>	(1 000.0–4 000.0)	3 218.6
Monocytes :	10.6 %	(2.0–12.0)	10.6
Soit:	410.2 / mm <sup>3</sup>	(100.0–2 700.0)	563.9
Plaquettes :	204 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000–500 000)	187 000

## VITESSE DE SEDIMENTATION

23-07-2022

VS 1ère heure	3 mm	(<20)	4
VS 2ème heure	7 mm		9

W SENTISSI  
Laboratoire SENTISSI  
Tour 2, Casablanca

# Laboratoire d'Analyses Médicales Sentissi

Dr A. SENTISSI  
Pharmacien Biologiste



Ancien Interme CHU de Toulouse  
Spécialisé en Hématologie, Biochimie  
Bactériologie, Parasitologie, Pathologie Médicale  
D.U. Assurance Qualité en B.M.

08-07-2023 – Mr Khalid DIRAI

23-07-2022

Transaminases GOT (ASAT) (Dosage enzymatique)	18.4 UI/L	(5.0-40.0)	19.6
--	-----------	------------	------

23-07-2022

Transaminases GPT (ALAT) (Dosage enzymatique)	19.9 UI/L	(5.0-49.0)	20.9
--	-----------	------------	------

## BILAN ENDOCRINIEN

23-07-2022

TSH ultrasensible (E 411 ( ECLIA))	1.270 mUI/L	(0.270-4.200)	0.910
---------------------------------------	-------------	---------------	-------

## MARQUEURS TUMORAUX

23-07-2022

PSA total (Dosage ECLIA ELECSYS 2010)	1.790 ng/ml 1.790 µg/l	(<3.500) (<3.500)	1.430
--	---------------------------	----------------------	-------

Demande validée biologiquement par : Dr. SENTISSI Abdelfattal

Laboratoire SENTISSI  
Dr. Abdeljelil SENTISSI  
Romandie 2 - Tour 2 - Casa  
Rés Romandie 2 - Apt 3 - Boulevard Bir Anzarane - Casablanca. Tél.: 05 22 36 62 50 / 05 22 39 64 15 - Patente : N° 35802477  
R.C N° 200220 - C.N.S.S. : 1256503 - ID.Fiscale : 40803780 - ICE : 00157836400055