

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 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 une fois par an.

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.

PR4FR05 / V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11353 Société : 188966

Actif Pensionné(e) Autre : DAOUADI MOURA

Nom & Prénom : DAOUADI MOURA

Date de naissance : 10/03/80

Adresse :

Tél. : 0662 775532 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : ACCUEIL

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.

MUPRAS Signature : ABOUZAYDEH

27 DEC. 2023

ACCUEIL

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 : CAIXA Le : 20/12/2023

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

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

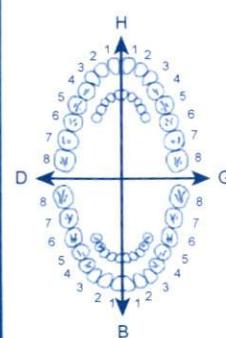
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

A coordinate system with a horizontal axis labeled D and a vertical axis labeled H. The origin is at the center. Vector D starts at the origin and ends at the point (25533412, 00000000, 35533411). Vector H starts at the origin and ends at the point (21433552, 00000000, 11433553).



(Création, remont, adjonction)

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraire	DES SOINS
D	G		
B			
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 1151 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR

CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE: 2237083

BENEFICIAIRE : KENZA

DATE DE LA DECLARATION : 11/07/2023

DECLARATION N° : 23519083

/ 23519083

DATE DE REMBOURSEMENT : 05/10/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	200.00		200.00		80.0%	160.00
15	Pharmacie	154.10		154.10		80.0%	80.08
13	Analyses medicales	1056.71		1056.71		80.0%	845.37
TOTALS		1410.81		1410.81			1085.45
OBSERVATIONS :							
nr, hivernex							

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

WANA CORPORATE S.A
 Direction Support & pilotage RH
 Administration du personnel
 Lot la Colline II, Lot 1 & 2
 Sidi Maârouf - 20190 Casablanca
 Tél : 0529 000 000 / Fax : 0529 000 400
 09/23

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 : 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, 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 : 23519083

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

1410,81

Matricule Sté :

MOUKDAR MOUNIR

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Renaz Moukdar Age

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Ehj fr pml

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° :

NOM DU MALADE :

DATE DE CONSULTATION :

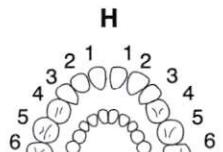
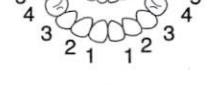
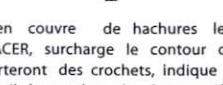
23519083

تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	08-06-2013	Docteur Marziane HAKAN 88, Bd Sidi Khalil Am 7 2ème Etg Val Fleur 3 Bis - Casablanca Tél: 0522 23 97 90 - IME: 091232761	2000H
Pharmacie	06/03	PHARMACIE AYMANE AGUEDA EH KAMAL Quartier Val Fleur 3 Bis, Rue Henri Murger, Résidence Taibi III, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 69 21	150/10
Analyses / Radiologie	11/07/2013	Pôle Arouas Bld 2293 106 Pole Laboratoire Guerab Oum Btnd 4 ZZ01 El JZ Fax: 0522 93 106	3780 1056/71
Auxiliaires médicaux			

leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE

SOINS	PROTHESE	
H		Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins [Scale: 0-10]
D		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :
G		Date : [Scale: 0-10]
B		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : [Scale: 0-10]
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :
		Date de l'appareillage : [Scale: 0-10]

VOLET DÉTACHABLE

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

Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômé universitaire de Gériatrie - Gérontologie
de l'Université de Bordeaux

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء
دبلوم جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة
من جامعة بوردو - فرنسا

OMNIPRATICIEN

طبيب عام

Gériatrie- Gérontologie
Suivi des maladies chroniques
Troubles du sommeil
Douleurs chroniques
Santé mentale
Echographie
Electrocardiographie



طب الشيخوخة
متابعة الأمراض المزمنة
اضطرابات النوم
الألم المزمن
الصحة النفسية
الفحص بالصدى
08/06/2023
تخطيط

MLLE MOUKDAR KENZA

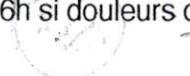
- **Hivernex - sachet**

S 4/00
1 sachet, matin, soir, pendant 5 jours



- **Doliprane 500 mg - comprimé sécable**

10/30
1 Comprimé, toutes les 6h si douleurs ou fièvre



- **Biomylase - sirop**

4/00
1 cuillère, matin midi, soir pendant 1 semaine

- **Humex 0,30 g / 0,03 g - collutoire**

3/00
1 dose jusqu'à 6 fois par jour pendant 1 semaine

- **Humex rhume 0,04 % - solution pour pulvérisation nasale**

2/0/0
1 dose, matin, midi, soir pendant 1 semaine

15/1/0
Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3^{ème} Etg
Val fleuri - Casablanca
Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 0012627

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Tél : 05 22 25 87 48 - email : cabinethakam@gmail.com
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3^{ème} étage. Val fleuri - Casablanca
شارع سطندا ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء. 89

Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca
Diplômé universitaire de Gériatrie - Gérontologie
de l'Université de Bordeaux

OMNIPRATICIEN

Gériatrie- Gérontologie
Suivi des maladies chroniques
Troubles du sommeil
Douleurs chroniques
Santé mentale
Echographie
Electrocardiographie

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء
diplôme جامعي في طب الشيخوخة - علم الشيخوخة
من جامعة بوردو - فرنسا

طبيب عام



طب الشيخوخة

متابعة الأمراض المزمنة

اضطرابات النوم

الألام المزمنة

الصحة النفسية

الفحص بالصدى

تخطيط 08/06/2023

MLLE MOUKDAR KENZA

- Ferritine
- 25 OH vitamine D3
- NFS-Plaquettes

Docteur Marouane HAKAM
Médecine générale
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg
Val fleuri - Casablanca
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE: 091262732

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"
Oum BENAZZOUZ
M. BEN YOUSSEF El Oufia Casablanca
Tél: 05 22 93 10 61 - Fax: 05 22 93 10 60
Paterna 126, 1000 Casablanca
Abouah Oum Youssef El Oufia Casablanca

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"
110723-019

MOUKDAR KENZA
D.N : 14/12/2009

Tél : 05 22 25 87 48 – email : cabinethakam@gmail.com
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3^{ème} étage. Val fleuri – Casablanca
شارع سندال ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء . 89

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biogiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 11/07/2023

Facture N° 110723-019 du 11/07/2023

WAFA ASSURANCE

Dr : HAKAM MAROUANE

N°Bon de soin Mle

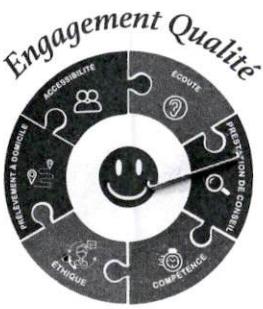
Patient MOUKDAR KENZA

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	107,20
FERRITINE	250	335,00
VITAMINE D-25-Hydroxy-vitD (25 OH D2+D3)	450	603,00
Total B	780	1 045,20
APB	1,0	11,51
Total		1 056,71

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cinquante-six dirhams 71 centimes***

*Genelab
Laboratoire
Oum Rabiaâ
N. BENAZZOUZ
Casablanca
El Oulfa
Rue 293 10 61 - Fax : 0522 9340
Patente : 35051078
ICE:001084109000068*



مختبر التحاليل الطبية جناب "أم الربع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biogiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : HAKAM MAROUANE

89, bd stendhal apt 7 ,3ème étage Val fleuri casa

Tél : 0522258748 Fax :

Casablanca

Édité le : 11/07/2023



Enf MOUKDAR KENZA

Date naissance: 14/12/2009

Code Patient : 23-03701

WAFA ASSURANCE

INPE GENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 110723-019



Dossier créé le : 11/07/2023

Patient prélevé le : 11/07/2023

Heure création: 8:23:

Heure Plvt : 8:42:

Page : 1/2

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGRAMME : Les Valeurs Usuelles sont exprimées en fonction du sexe et de l'âge du patient (mise à jour 2016)

(Sysmex XN1000 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

Globules rouges	:	4,2	10 ⁶ /mm ³	(4,1 - 5,3)
Hémoglobine	:	11,8	g/dl	(11,7 - 16,3)
Hématocrite	:	36	%	(35 - 47,5)
VGM	:	87	μ ³	(75 - 102)
TCMH	:	28	pg	(25 - 35)
CCMH	:	33	g/L	(31 - 37)
DRW	:	13	%	(12 - 16)
Globules blanches	:	4790	mm ³	(3750 - 13000)
Formule sanguine	:			
Neutrophiles	:	46,8	%	2242 /mm ³ (1500 - 6750)
Eosinophiles	:	4,8	%	230 /mm ³ (40 - 850)
Basophiles	:	0,6	%	29 /mm ³ (10 - 220)
Lymphocytes	:	42	%	2012 /mm ³ (1300 - 4500)
Monocytes	:	5,8	%	278 /mm ³ (150 - 1300)
Plaquettes	:	280	10 ³ /mm ³	(160 - 439)
Etude du frottis sur lame	:	-		
REMARQUE	:	-		
COMMENTAIRE	:	-		

لaboratoire جناب أم الربع
جدة، العيون، المغرب
رقم: 097163968 - إيميل: genelab2@gmail.com

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (*) = paramètre accrédité شارع أم الربع، الالفية، إقامة أبواب أم الربع، عماره "س" الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - T.M. : 05 22 93 10 61 -Fax : 05 22 93 10 61

الفاكس : 05 22 93 10 60 / 05 22 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM WhatsApp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM WhatsApp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com