

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 canalaire, 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 canalaire.

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

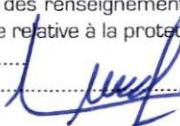
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06856		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ETIENNE ETOUKE PI		Date de naissance : 02-04-1967	
Adresse : HABITUELLE		Tél. : 06614416106	
		Total des frais engagés : 1270,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : 	
Date de consultation : / /	Nom et prénom du malade : HAOUY SANAE Age : 54 ans	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : **RAM** Le : **27/03/2024**
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES TAUX ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

RECEPTION 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	

BEIJING DES FRAIS ET HONORAIRES

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

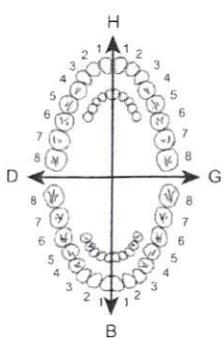
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 évitez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

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



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 : 24052405

PROMOPHARM S.A.

Z.I du Sahel, Rue N°7 B.P 96 / 97
26400 Had Soualem - Maroc
Tél : (+212) 5 22 96 39 39 - Fax : (+212) 5 22 96 31 84
www.hikma.com

6015125002

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

Docteur Khalid TAIBI
"Néocologue Obstétrique
8d. Bif Anzarane Maârif
ANCA - GSM: 0613 21 08 27
02 25 17 97 0522 98 45 30

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Houdy Sanae 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.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

24052405

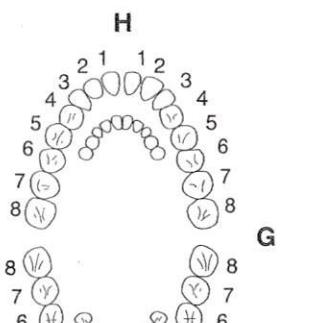
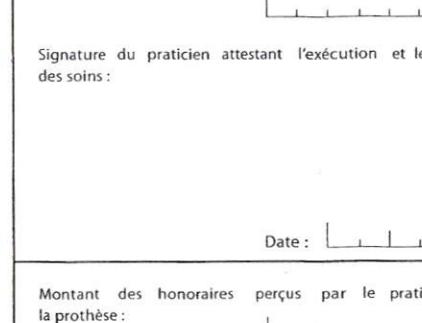


تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	<p>09/02/24</p> <p>Docteur Khalid TAIBI Gynécologue Obstétricien 45, Bd. Bir Anzarane Maârif CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27 Tél: 0522 25 11 97 - 0522 99 15 30</p> <p>09/02/24</p> <p>Docteur Khalid TAIBI Gynécologue Obstétricien 45, Bd. Bir Anzarane Maârif CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27 Tél: 0522 25 11 97 - 0522 99 15 30</p>	300,00 400,00
Pharmacie	<p>09 — 02 — 2024</p> <p>PHARMACIE DU CAC Dr. Hind Bennoussa 1 Rue Al Othmane Tél: 0522 22 33 89 73</p>	320,00
Analyses / Radiologie	<p>9/2/24</p> <p>DR. MEZHA RAQUI Dr. Mezha Raoui Al Aslam (El Jemâa) 2000 Etage CAS BLANCA Tél: 022 611 734</p>	280,00
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 
<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>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/></p>	
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>	
<p>Date : <input type="text"/></p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/></p>	
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>	
<p>Date de l'appareillage : <input type="text"/></p>	

VOLET DÉTACHABLE

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



تامين الوفا
Nafa Assurance

Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 12123 / CONTRAT N° : 9152 60 / 512900
IOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE 45 CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE DATE DE LA DECLARATION : 09/02/2024
DECLARATION N° : 24052405 / 24052405 DATE DE REMBOURSEMENT : 29/02/2024

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.		
9	Pratique medicale courante	700.00	0.00	700.00	0	90.00%	630.00		
13	Analyses medicales	250.00	0.00	250.00	0	90.00%	225.00		
15	Pharmacie	320.00	0.00	320.00	0	90.00%	0.00		
TOTALS		1270.00	0.00	1270.00			855.00		
OBSERVATIONS :									
nr séréllys									

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

Dr Nezha RAQUI

Médecin anatomo-pathologiste - Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancienne attachée aux hôpitaux de France

NOM ET PRENOM : HAOUDY SANAA
DATE DU PRELEVEMENT : 09/02/2024
DATE DU RESULTAT : 12/02/2024
RC :- 56 ans.

REF : 1F1286

PRES : Dr.TAIBI

- Col : NL
- II pare .
- Menopause

COMPTE RENDU D'EXAMEN

FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE

Frottis cervical réalisé à l'aide d'une cervex-bruch qui a été immergée dans un milieu de conservation liquide.

La desquamation malpighienne est faite de cellules intermédiaires isolées ou groupées en amas, et de rares cellules superficielles eosinophiles .

Le fond contient une flore polymorphe , des polynucléaires, des histiocytes, des noyaux nus, des cellules endocervicales, et des cellules de remaniement .

CONCLUSION :

- MENOPAUSE DE TYPE INTERMEDIAIRE .
- CERVICITE MODEREE .
- ABSENCE DE SIGNE CYTOLOGIQUE DE MALIGNITE.

Dr : N.RAQUI
Dr Nezha RAQUI
Dr Nezha Al Hassan Al Askari (Ex Lavoisier)
2ème Etage CASABLANCA
Tél. 02286.02.34

Dr Nezha RAQUI

Médecin anatomo-pathologiste - Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancienne attachée aux hôpitaux de France

09/02/2024

FACTURE 1F1286 ICE 001722963000035

INPE 091119057

NOM ET PRENOM	TYPE	PRESC	NEMBRE B	PRIX(Dh)
---------------	------	-------	----------	----------

HAOUDY SANAA	FCV	Dr . TAIBI	B200	250DH
--------------	-----	------------	------	-------

TOTAL	250 DH
-------	--------

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS



DR NEZHA RAQUI
Dr Abou Al Hassan Al Askari (Ex.Lavoisier)
2ème Etage - Appt. n° 6 (en face Hopital 20 Août) - casablanca
Tél.: 0522 86 02 34 - I.F : 42028470 - T.P : 36343730 - CNSS : 2562529 - ICE : 001722963000035

Docteur Khalid TAIBI

Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la faculté de médecine de Paris V

Ex. attaché des hopitaux de Paris

SPÉCIALISTE EN MEDECINE DE REPRODUCTION

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - COELIOSCOPIE

HYSTÉROSCOPIE - MALADIES DU SEIN



الدكتور الطبيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصي في الانجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار . أمراض الثدي

Casablanca, Le.....09/02/2024..... الدار البيضاء في

Madame HAOUDY SANA

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

INDICATION : Bilan

TECHNIQUE : Endo vaginale

DR : Méno pausée

- Utérus antéversé de contours réguliers et d'écho structure hétérogène

Mensurations : Longueur :51mm

Epaisseur :26mm

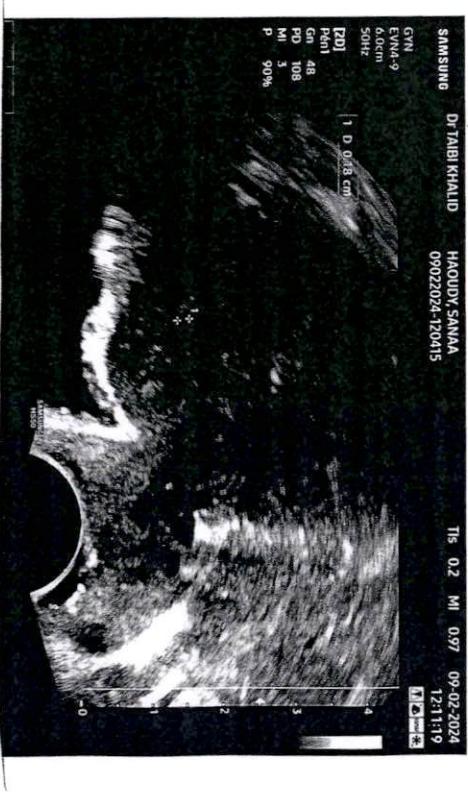
- Endomètre fin 1.8mm d'épaisseur

-Ovaire droit d'aspect normal mesure 18/10mm

- Ovaire gauche masqué par les structures digestives

CONCLUSION : Echographie pelvienne ne montre pas d'anomalie particulière

Docteur Khalid TAIBI
Gynécologue Obstétricien
45, Bd. Bir Anzarane Maârif
CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27
Tél: 0522 25 17 97-0522 98 45 30



SAMSUNG DR TAIBI KHALID HAQDHY, SANAA 09022024-120415

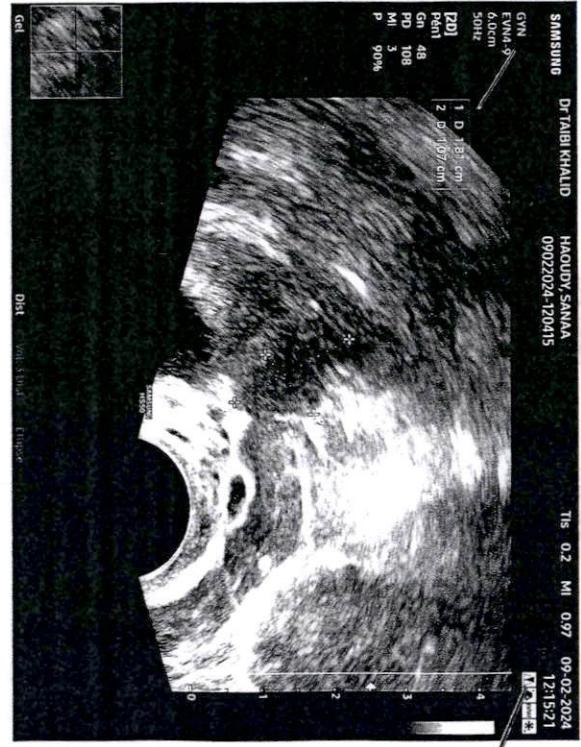
TS 0.2 MI 0.97 09-02-2024
12:11:19

9-02-2024
12:11:19



SAMSUNG Dr TAIBI KHALID HAoudy, SANAA 09022024-120415

11s 0.2 M 0.97 09-02-2024
12:12:32



SAMSUNG Dr TABI KHALID HAQUDY, SANAA
PROGRESS, INNOVATION

10

TIS 0.2 MI 0.97 09-02-2024
1999-1991

Docteur Khalid TAIBI

Gynécologue - Obstétricien

Diplômé de la faculté de médecine de Paris V

Ex. attaché des hopitaux de Paris

SPÉCIALISTE EN MEDECINE DE REPRODUCTION

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - COELIOSCOPIE

HYSTÉROSCOPIE - MALADIES DU SEIN



الدكتور الطبيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابق بمستشفيات باريس

اختصاصي في الإنجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسائية

الجراحة بالمنظار . أمراض الثدي

09102124

Casablanca, Le..... الدار البيضاء في.....

H. Othouay Saida

Sérelys
un joli x 30 ₣
320.00 ₣

Dr. Hind Benmoussa
1 Rue Al Okhouane
Tél. 05 22 39 89 73

Dr. Hind Benmoussa
Gynécologue - Obstétricienne
36, Bd. Bir Anzarane - Maarif - Casablanca - Tél. : 0522 25 17 97 / 0522 98 54 30 - GSM : 0613 21 95 27

45, شارع بئر أنزاران - معاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 25 17 97 / 0522 98 54 30 - النقال: 0613 21 95 27
45, Bd. Bir Anzarane - Maarif - Casablanca - Tél. : 0522 25 17 97 / 0522 98 54 30 - GSM : 0613 21 95 27

Dr Nezha RAQUI

Médecin anatomo-pathologiste

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne attachée aux hôpitaux de France

الدكتورة نزهة الراقي

اختصاصية في علم التشريح المرضي الدقيق

خريجة كلية الطب بباريس

مقيدة سابقة بمستشفيات فرنسا

DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE

1/12/26

Nom et prénom : HAOUZY Sanaa Age : 16 ans

Ordonnance du docteur : TAIBI

Réf antérieure :

Siège et nature du prélèvement : FCV mucoconche syngénotique

Renseignements cliniques et paracliniques :

CC - Argent n°2



CYTROLOGIE :

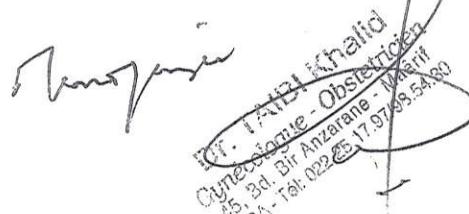
* Frottis de dépistage : Vagin Exocol Endocol Endomètre

* Autres :

* Renseignements supplémentaires :

- Dates des dernières règles
- Parité II
- Traitement éventuels
- Autres

Date : 29/02/24



Signature :