

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

W21-848187

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETEM Si ELOUKE Ri

Date de naissance : 02-04-1967 2004/9/1

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661416106 Total des frais engagés : 1270,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAOUY SANAE Age : 55 Ans

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 : CASABLANCA Le : 27/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

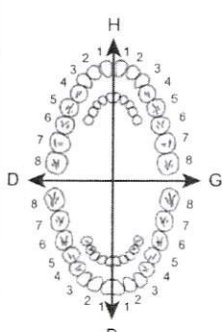
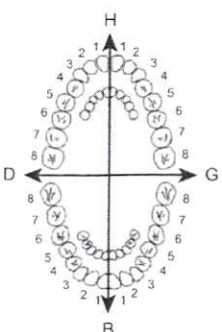
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					<input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS														
					<input type="text"/>														
					DEBUT D'EXECUTION														
					<input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION														
					<input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<b>Montant des Honoraires</b>				MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION															
				<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>Q.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>{Création, remont, adjonction}</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

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, 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 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

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

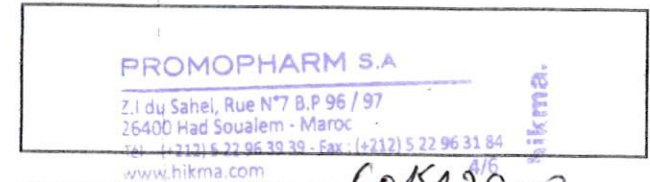


تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUEN - 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

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

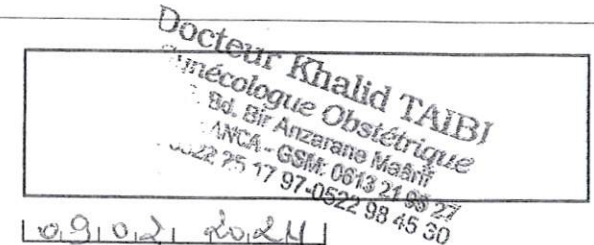
Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

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







تامين الوفا  
Nafa Assurance

Décompte de Remboursement  
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 12123 / 45  
IOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE  
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE  
DECLARATION N° : 24052405 / 24052405  
CONTRAT N° : 9152 60 / 512900  
CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132  
DATE DE LA DECLARATION : 09/02/2024  
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.
1	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
TOTAUX		1270.00	0.00	1270.00			855.00
OBSERVATIONS :							
nr séréllys							

a 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.

- Col : NL
- II pare .
- Menopause

REF : 1F1286

PRES : Dr.TAIBI

## 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

**NEZHA RAQUI**  
18, Rue Abou Al Hassan Al Askari (ex.Lavoisier) 2ème Etage - Appt. n° 6 (en face Hopital 20 Août) - casablanca  
Tél. 022 86 02 34 - I.F : 42028470 - T.P : 36343730 - CNSS : 2562529 - ICE : 001722963000035

# 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	NOMBRE B	PRIX(Dh)
HAOUDY SANAA	FCV	Dr . TAIBI	B200	250DH

TOTAL

250 DH

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

**DR NEZHA RAQUI**  
Abou Al Hassan Al Askari (Ex Lavoisier)  
2ème Etage - 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 الطيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

إختصاصي في الإنجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار - أمراض الثدي

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

Madame HAOUDY SANAA

### 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

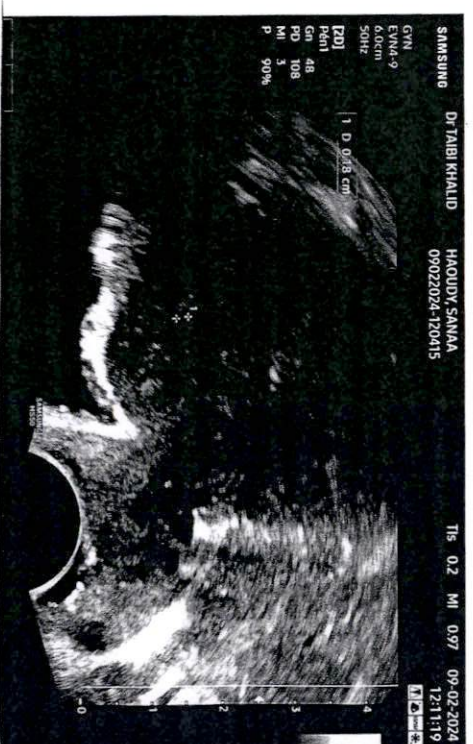
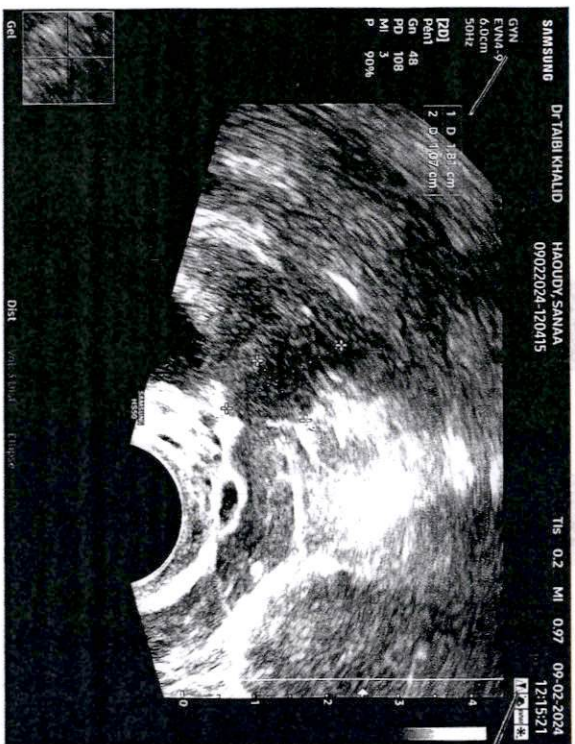
-Ovaire droit d'aspect normal mesure 18/10mm

- Ovaire gauche masqué par les structures digestives

CONCLUSION : Echographie pelvienne ne montre pas d'anomalie particulière

Docteur Khalid TAIBI  
Gynécologue Obstétrique  
45, Bd. Bir Anzarane Maarif  
CASABLANCA - GSM: 0613 21 95 27  
Tél: 0622 25 17 97-0522 98 45 30





## Docteur Khalid TALBI

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 الطيبي خالد

اختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

إختصاصي في الإنجاب بالمساعدة الطبية

الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار - أمراض الثدي

Casablanca, Le 09/10/2024 ..... الدار البيضاء في

Dr. Hachouy Sanaa

Sérénity

320.00

x 70 j

Dr. H. P. M. F. C. I. E. C. U. C. A. F.  
Dr. H. P. M. F. C. I. E. C. U. C. A. F.  
1 Rue Al Okhouane  
Tél. 05 22 35 89 73

Dr. Khalid TALBI  
Gynécologue - Obstétricien  
45, Bd. Bir Anzarane - Maarif - Casablanca  
Tél. 05 22 25 17 97 / 05 22 98 54 30 - GSM : 06 13 21 95 27

45, شارع بئر أنزران - 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**

إختصاصية في علم التشريح المرضي الدقيق  
خريجة كلية الطب بباريس  
مقيمة سابقة بمستشفيات فرنسا

**DEMANDE D'EXAMEN HISTO-CYTOPATHOLOGIQUE**

161276

Nom et prénom : HAOUZY Sanaa Age : 56 ans

Ordonnance du docteur : THIBI

Réf antérieure : .....

Siège et nature du prélèvement : FCV manocruche systématique

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Col - Asper 15

**DR NEZHA RAQUI**  
Dr Rachid Al Hassan Al Askari (ex Lavoisier)  
2ème Etage - CASABLANCA  
Tél: 0522 86 02 34

**CYTOLOGIE :**

\* Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre

\* Autres :

\* Renseignements supplémentaires :

- Dates des dernières règles

- Parité II

- Traitement éventuels

- Autres

Date : 09/02/24

*[Signature]*

**DR Rachid Al Hassan Al Askari**  
Gynécologue - Obstétricien  
45, Bd. Dir Anzarane - MARRAKESH  
Casah - Tél: 022 25 17 97 99 54 80

Signature :