

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHEMSI HOUARI

Date de naissance :

02-04-1967

Adresse :

HABITATION

Tél. :

061416106 Total des frais engagés : 1300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HAOUDY SANAE

Age : 55 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

7707 884 82

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 : 01/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : Un

Le : 27/03/2024

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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	

ERENT

la fourniture de tous

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

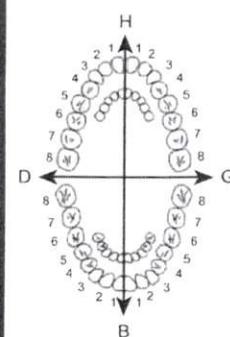
Important:

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 MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P



[Création, remont, adjonction]	Montant de Honoraire
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 bénéfice 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

DECLARATION DE MALADIE :

22305049

PROMOPHARM S.A.

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

hikma

4/6

60 / 512900

1931132 Matricule Sté :

HAOUDY SANAE

N° du contrat :

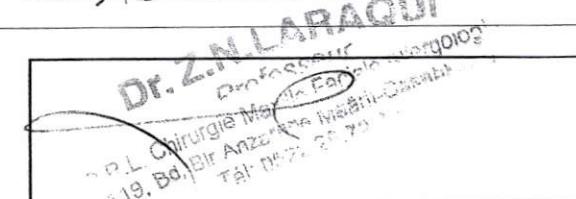
N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés

1300 DHS



Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : HAOUUDY 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° : CERTIFICAT N°

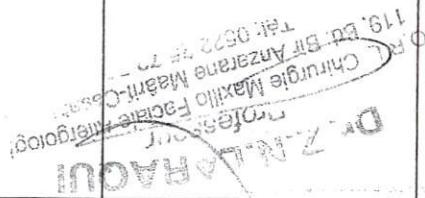
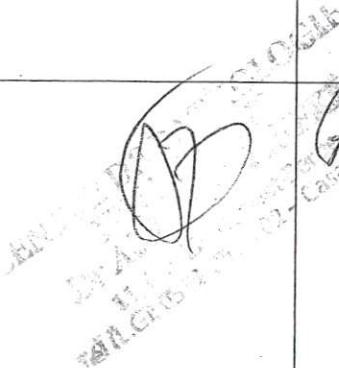
NOM DU MALADE :

DATE DE CONSULTATION :

22305049



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	12-12-23 	
Pharmacie		
Analyses / Radiologie	12/12/2023 	(P.M.82) 130
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

The diagram illustrates three dental arches labeled H, D, and B. Each arch contains numbered teeth representing artificial dentures. The numbers indicate the type of denture: 1 for upper central incisors, 2 for upper lateral incisor, 3 for upper canine, 4 for upper first molar, 5 for upper second molar, 6 for upper third molar, 7 for lower first molar, 8 for lower second molar, and 9 for lower third molar. The arches are shown with hatching patterns over specific areas, particularly around the molars and premolars, which are labeled with a diagonal line through the number. These hatched areas represent the contours that need to be covered by a practitioner to support future dental implants.

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

VOLET DÉTACHABLE

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM

/ 11943 /
33

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900

NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE

CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE: 4931132

BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE

DATE DE LA DECLARATION : 12/12/2023

DECLARATION N° : 22305049

/ 22305049

DATE DE REMBOURSEMENT : 22/01/2024

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
13	Analyses medicales	1300.00	0.00	700.00	0.9000%		630.00
	TOTAUX	1300.00	0.00	700.00			630.00
OBSERVATIONS :							

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

Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIA

Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

Reçu le : 12/12/2023

Édité le : 18/12/2023

Âge : 55 ans

Notre réf. : E234AR1181

Prescripteur : Pr. LARAQUI

Patient(e) : Mme Sanae HAOUDY

Organe : **Thyroïde**

(Lobo-isthmectomie droite - Examen extemporané puis totalisation LG)

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I – Lobe droit – Examen extemporané :

Pièce de lobo-isthmectomie droite examinée en extemporané de 5,15gr mesurant 4x2x1cm avec un isthme de 1,5x0,2x0,2cm.

A la coupe, on observe un nodule isthmo-lobaire de 1,8 x 1,4 x 0,9cm dense blanchâtre dur et mal limité.

Résultat de l'examen extemporané communiqué par téléphone : carcinome papillaire invasif.

L'examen après inclusion en paraffine et l'étude de la totalité du nodule, confirment les données de l'examen extemporané. Le nodule de 1,8cm correspond à un carcinome papillaire. Il s'agit d'une prolifération tumorale d'architecture tubulo-papillaire. Elle est faite de papilles au sein de structures tubulaires renfermant peu ou pas de substance colloïde. Les papilles sont tapissées par des cellules tumorales cylindriques à cytoplasme éosinophile ou clarifié avec pseudo-stratification et chevauchement nucléaire. Les noyaux sont arrondis ou ovoïdes munis d'une chromatine fine et parfois de gros nucléoles. L'axe de papilles est fait d'un tissu conjonctif fibro-congestif. La prolifération tumorale infiltrer le parenchyme thyroïdien avoisinant et la capsule thyroïdienne avec image d'embole vasculaire.

Le parenchyme thyroïdien restant montre des lésions de thyroïdite chronique lymphocytaire.

Il est retrouvé trois ganglions en regard de l'isthme 0,2cm à 0,3cm dont l'un d'entre eux est métastatique (1N+/3N RC-).

II – Lobe gauche – Totalisation :

Pièce de lobectomie thyroïdienne gauche de 6gr mesurant 3,5x2x1cm.

A la coupe, le parenchyme thyroïdien comporte deux nodules colloïdes de 0,2cm et 1cm de grand axe et un autre nodule blanchâtre bien limité de 0,3cm de grand axe.

L'examen microscopique montre que le nodule blanchâtre sus décrit (0,3cm) correspond à un micro-carcinome papillaire encapsulé non infiltrant intra-thyroïdien, il n'inflitrer ni le parenchyme thyroïdien adjacent ni la capsule thyroïdienne. Il s'y associe une dystrophie thyroïdienne nodulaire.

Conclusion :

- Carcinome thyroïdien papillaire isthmo-lobaire droit de 1,8cm de grand axe, infiltrant la capsule thyroïdienne avec micro-carcinome papillaire de 0,3cm encapsulé du lobe gauche
- Métastase ganglionnaire juxta-isthmique (1N+/3N RC-). Stade pT1bN1am.

Dr A. RIFKI

Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

23/10/2011
Dr. N. LARAAJI
Professeur Aggée
C.R.L Chirurgie Maxillo-Faciale Allergo
119 Bd Bir Anzarane, M'sarif Casablanca
05 22 25 72 72

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur Dr. N. LARAAJI

Nom et prénom : HABIBA AGGÉE Age : 1968
C.R.L Chirurgie Maxillo-Faciale Allergo
119 Bd Bir Anzarane, M'sarif Casablanca
05 22 25 72 72

Date du prélèvement : 12.10.2011 Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques :

10/10/2011 Thyroidectomy
pour Cancer / Biopsie
du lobe droit de la thyroïde
en enlèvement

Cytologie :

- Frottis : Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction Liquide

- Traitements éventuels :

Date :

Professeur Aggée
C.R.L Chirurgie Maxillo-Faciale Allergo
119 Bd Bir Anzarane, M'sarif Casablanca
Signature
05 22 25 72 72

Dr. Abdelmajid RIFKI

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI

Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

23 Mars 2001 Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : OLARAH CI

Nom et prénom : HAOUZY SAWAF Age : 1968

Date du prélèvement : 12-12-23 Réf. antérieure :

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques : laborios. leucorrhée. Ote
extemporané
Examen

Cytologie :

- Frottis : Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction Liquide

- Traitements éventuels :

Date :

Signature

Dr. SAWAF Soumaya ZAMIATI
Centre de Pathologie Ibn Ennafis
Casablanca

rue lieutenant BERGE, Mers Sultan. 20130, CASABLANCA. Tél (LG) : 05 22 20 23 02 - Fax : 05 22 20 22 83

Anatomo-cytopathologiste
Diplômé de l'Académie de Lyon
Ex. enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca



Pr. Soumaya ZAMIATI
Anatomo-cytopathologiste
Ex. enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca

مختبر التشريح الدقيق ابن النفيس
CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ENNAFIS

FACTURE

REF : FA23005336

Date de facturation	12 / 12 / 2023
Médecin traitant	Pr. LARAQUI
Patient	Mme Sanae HAOUDY
Demande référence	E234AR1181
Demande reçu le	12/12/2023

A Payer 1 300,00 Dhs
coefficients-P 1182
Mode de règlement Chèque

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Dr. ADRIFI



ICE 001808260000087 IF 41707227 INPE 91120584 INPE du Laboratoire 093002954

11, rue lieutenant BERGE, Mers Sultan. 20130, CASABLANCA. Tel (LG) : 05 22 20 23 02 - Fax : 05 22 20 22 83