

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'Ho
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

W21-848191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEMSI Houari

Date de naissance : 02-04-1967

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0661416106

Total des frais engagés : 1300,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

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) :

VOLET ADHERENT

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

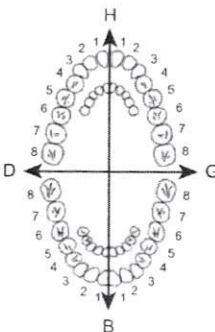
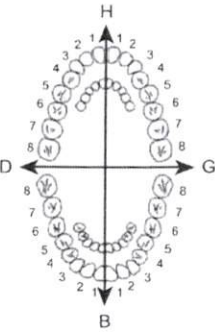
la fourniture de tous

RELEVÉ 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>				<input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div>Montant des Honoraires</div> </div>				MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				DATE DU DEVIS
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

TABLIER 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 : 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



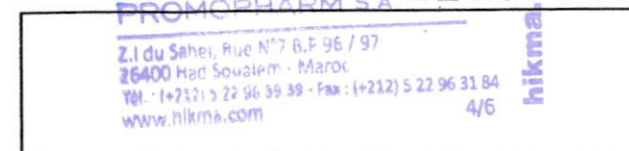
تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
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

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

60 / 512900

N° affiliation :

1931132

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HAOUDY SANAE

Type de déclaration

☒ Médical

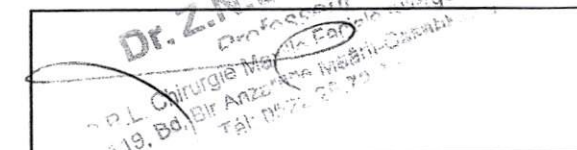
☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

1300 DHS

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

12 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade :

HAOUDY Sanae

Âge

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Affection ORL

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 CONSIGNATION

CERTIFICAT N°

22305049



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

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	90.00%	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

Reçu le : **12/12/2023**

Edité le : **18/12/2023**

Âge : **55 ans**

Notre réf. : **E234AR1181**

Prescripteur : **Pr. LARAQUI**

Patient(e) : **Mme Sanae HAUDY**

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 infiltre le parenchyme thyroïdien avoisinant et la capsule thyroïdienne avec image d'embolie 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'infiltré 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



23/11/2018

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : Dr. N. LARAKI

Nom et prénom : HASSAN E Age : 1968

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

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques :

10/2/2018 Thyroïdienne
pour Carcinome papillaire
sur lobe droit de la thyroïde
ce extirpation

Cytologie :

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels :

Date :

Professeur Agrégé
O.R.L Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie
119 Bd El Anzari Maarif Casablanca
05 22 26 72 72
Signature

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

2344/1081

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur : D. LARAIN

Nom et prénom : HAOUDY - SANE Age : 1968
Date du prélèvement : 10.12.20

Date du prélèvement : 12-12-23 Age : 1968

Siège et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques : lobes tectaria etc

Exam Preparation

Cytologie :

- Frottis : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :
- Autres : ☐ Endocoi ☐ Endometre ☐

- Autres : Ponction ☐ Liquide ☐

- Traitements éventuels :

Date :

Signature _____

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
coefficient-P 1182
Mode de règlement Chèque

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

Dr. A. RIFKI

ICE 001808260000087 IF 41707227 INPE 91120584 INPE du Laboratoire 093002954

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