

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

- 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

W21-848179

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHE Msi ELHOLIKRI

Date de naissance : 02.04.1967 (200421)

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0661416106 Total des frais engagés : 516 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAOUJY SANAE Age: SANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 07

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 : CASA Le : 27 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 est 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

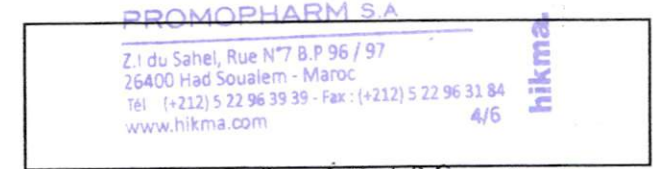


تأمين الوفاء
Wafa Assurance

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 : 22981155

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

60/512900

N° affiliation :

403M32 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HAUDY SANAE

Type de déclaration

Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés

516 DHS

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

13/12/2023

Nom et prénom du malade :

HAUDY SANAE

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

Thyroïde Total

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°

22981155



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	13 12 23	C	G
Pharmacie	13/12/23 20/12/23	<p>Dr. Z.N. LARAQUI Professeur Agrégé O.R.L. Chirurgie Maxillo Faciale Allergologie Esthétique Face 119, Bd Bir Anzaraj Casablanca Tél: 0512 25 72 72 WP: 091092874</p>	329.00
Analyses / Radiologie	20/12/23		187.00
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

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires

SOINS

PROTHESE

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

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : _____

Date : _____

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse : _____

Date de l'appareillage : _____



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 11943 /
NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE 33
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE
DECLARATION N° : 22981155 / 22981155

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900
CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132
DATE DE LA DECLARATION : 13/12/2023
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.
15	Pharmacie	516.00	0.00	516.00	0	90.00%	234.00
	TOTAUX	516.00	0.00	516.00			234.00

OBSERVATIONS :

nr probiotis+emulsion

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

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI
Professeur Agrégé
ORL - Chirurgie du Cou -
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement
Esthétique de la face
Injections et Comblement
Exploration des Vertiges et de la Surdité
Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي
أستاذ مبرز
أمراض الأذن والأنف والحنجرة والشخير
تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك
تقويم الدوار والصمم
أمراض الحساسية

Casablanca le 20/12/2023

Mme HAOUDY Sanae

د. 187

Emulsion Réparatrice Addax

Une application 2 fois par jour pendant 10
jours.

د. 187 : T

PHARMACIE DU CAF
Dr. Hind Basmoussa
1 Rue Al Okhouar
Tél : 05 22 39 87

Dr. Z. N. Laraqui
Professeur
O.R.L. - Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie
119 Bd Bir Anzarane Maarif Casablanca
05 22 25 72 72



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 13. 12. 23

Docteur :

M^{me} Haouly Senzo
130.00 x 2 = 260.00

- Probiot plus ds

69.00 1 sachet 2 x 8j

- Probiotis

2 cap ds) x 10

T: 399.00

PHARMACIE DU CASABLANCA
Dr. Hind Benmoussa
Rue Al Oukrouane
Tél: 05 22 39 80 00
DI. Z.N. LARAQUI
Professeur Agrégé
O.R.L. Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie
Esthétique Face
Tél: 0522 25172 72
119, Bd Bir Anzarane Marjif
INP: 091091274