

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou
qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme
et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou
le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 /
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.ma

FEUILLE DE SOINS 1627705

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **CHAFOUH INSAF**
Matricule : **11984** Fonction : **ELC** Poste :
Adresse : **GM3 Imm 15 CASABLANCA**
Tél. : **8661635216** Signature Adhérent : **[Signature]**

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age : _____
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **10-2-2019**
Nature de la maladie : _____
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : **Accident Siège/Ram**
Complément
A **CASA** le **16/04/19** Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

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 remises 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.

Wafa Assurance



تأمين الوفاء

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA (01) - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085487
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 : 13855661

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés



Matricule Sté : 40054

BENMOHA med AMINE

337,20 dh

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

337,20 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

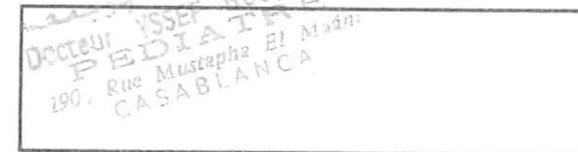
Lien de parenté :

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

BENMOHA med AMINE



17/04/18

BENMOHA med AMINE

4054

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Cholestérol

DECLARATION


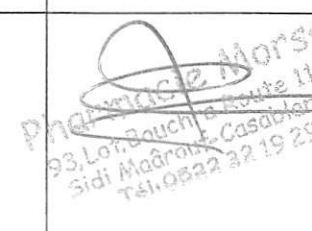
CONTRAT N°

NOM DU MALADE

CERTIFICAT N°

13855661

VOIET DÉTACHABLE

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	17-01-19	 Dr. El Mousaoui 190, Rue Moussade EL-Mousaoui CASABLANCA	250
Pharmacie	17 01 2019	 Pharmacie Morsad 93, Lot Bouchara Route 1100 Sidi Maârouf, Casablanca Tél. 0522 32 19 29	137,20
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

Signature et cachet
du praticien
attestant le
paiement des actes

Montant des honoraires

Médecin
traitant

Pharmacie

Analyses /
Radiologie

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 ☐

[illegible]

Nature des travaux

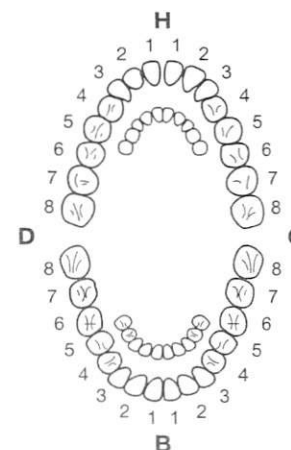
Position dents

Cœfficient

Montant Honoraires

The diagram illustrates a dental arch with 16 teeth. The top arch is labeled 'H' and the bottom arch is labeled 'B'. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides. The top arch shows a full set of natural teeth. The bottom arch shows a full set of natural teeth, with the central incisors (teeth 1 and 2) replaced by artificial teeth (labeled 'D' and 'G'). The artificial teeth are indicated by hatching and the number '1' above them. The natural teeth are indicated by hatching and the number '2' above them. The diagram shows the arrangement of natural teeth and artificial teeth (D, G, B) with hatching indicating the nature of the teeth and the number of artificial teeth.

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 : _____

CLAUSE " 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 Boite 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.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : RAM EXPRESS
NOM DE L'ASSURÉ : BENMOHA MOHAMED AMINE
BÉNÉFICIAIRE : MOHAMED YOSR
DECLARATION N° : 13855661 /

/646727/

CONTRAT N° 9165 60 / 461502
CERTIFICAT N° 4029832 MATRICULE 4029832
DATE DE LA DECLARATION : 17/01/2019
DATE DE REMBOURSEMENT : 13/02/2019


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

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	250.00		250.00		85%	212.50
15	Pharmacie	137.20		137.20		85%	116.62
TOTAUX		387.20		387.20			329.12
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

63100 Brioire plus 220 g x 2

~~+~~ 1 me ^{5ml} et 2 me ^{5ml}  ^{5ml}


30 m avant

les repas

T = 137,20

MOVALAC AR NIGES 

Nido 1 +


Pharmacie Mansad
100 Boulevard de la République
Sidi Maârouf Casablanca
Tél: 0522 32 19 29


Docteur ESSE Boujema
Boujema
Rue Mustapha El Moudjahid
100 CASABLANCA

Docteur YSSEF Boujemaa

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يوسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرنويل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190، زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10 }
 { 05 22 22 01 46 } هاتف العيادة
 { 05 22 22 21 48 }

GSM : 06 68 79 27 94 : المتنقل

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 17-01-19 في الدار البيضاء،

Pharmacie Marsad
Sidi Maâni - Casablanca
Tél: 0522 32 35 99

BEN MU HA. YUSUF

21,50

Coproluse'ol 250

S.V.

1 Supp matin et soir x 6 jrs.

22,70

Pectryl 500 P

S.V.

1 Co'cfe. mat et soir 2 semaines

30,00

Beipastene Poudre

S.V.

120 gouts. une fois x 6 jrs et
stop

HORAIRE CONTINU توقيت مستمر