

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 049560

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6229 Société : 46127

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SEBTA MED KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.06.31.21.10 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Soumaya Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-049560

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

46127

MUPRAS
16 SEP. 2020
ACCUEIL

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

TABLIR 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, parodontoses 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 évitez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

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



Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUËN - 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 l'loi n° 17-99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 18185473

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

.....

N° affiliation :

..... Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

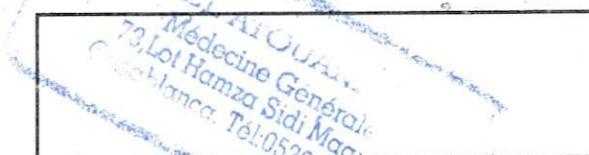
Type de déclaration

Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés

:

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

10/06/2020

Nom et prénom du malade :

Jihel Soufia Âge 1

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

cataracte

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

18185473

DECLARATION :
CONTRAT N° : CERTIFICAT N° :
NOM DU MALADE :
DATE DE CONSULTATION :
TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

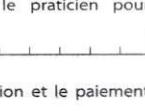


تامين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	<i>Jahid Jbara</i>	<i>100,-</i>
Pharmacie	<i>10/06/2020</i>	<i>190,20</i>
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

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

ORDONNANCE

Dr ATOUANI Hind
Médecine Générale
73, Lot Hamza Sidi Maarouf
Blanca. Tel: 0522.32.13.15

,Le : 10/06/2020

Dr ATOUANI Hind
Médecine Générale
73, Lot Hamza Sidi Maarouf
Blanca. Tel: 0522.32.13.15



89,50 à Lioçfor



54,40 à Héparine fort
Jp. 01/07



46,00 à Dijetan
19/01/20

Dr ATOUANI Hind
Médecine Générale
73, Lot Hamza Sidi Maarouf
Blanca. Tel: 0522.32.13.15



200295
EXP 02 2025
PPV 46.00

DIGESTINE

La métoclopramide a fait ses preuves depuis de nombreuses années comme modificateur du comportement digestif.

Elle augmente le tonus du sphincter oesophagien inférieur, le péristaltisme de l'estomac et de l'intestin grêle et possède une action anti-émétique puissante.

La Digestine contient :

De la métoclopramide sous forme de résinate qui lui assure une libération lente et continue dans le tractus gastro-intestinal, d'où une posologie réduite à une ou maximum deux prises par 24 heures.

Les essais de pharmacocinétique, in vivo, ont montré qu'une prise journalière de 40 mg de résinate de métoclopramide conduit à l'équilibre à des taux plasmatiques voisins de ceux obtenus après une prise habituelle de 3 x 10 mg par jour de chlorhydrate administrée avant les repas du matin, du midi et du soir.

Indications.

Traitements symptomatiques des :

- nausées et vomissements d'origines diverses et en particulier ceux provoqués par les tuberculostatiques, les cytostatiques, la radiothérapie et l'anesthésie,
- pesanteur et ballonnement épigastrique suite à un ralentissement de l'évacuation gastrique,
- troubles digestifs psycho-somatiques,
- dyspepsie,
- spasmes du pylore,
- reflux oesophagien,
- hiccups.

EXP 01/2025
PPV 54.70

MEBEVERINE FORTE trenker



Le principe actif de la **MEBEVERINE FORTE** trenker, est le chlorhydrate de mébévérine.
La **MEBEVERINE FORTE** trenker est un spasmolytique musculotrope puissant et sélectif, agissant des spasmes du système digestif, notamment sur ceux du côlon.

Indications :

Spasmes fonctionnels du côlon :

- Côlon irritable, formes primaires,
- Côlon irritable lors d'affections organiques du système digestif, telles que : diverticulose et diverticulite du côlon, entérocolite régionale, troubles de la vésicule ou des voies biliaires (dyskinésie biliaire), ulcère de l'estomac et du duodénum, dysenterie (notamment celle de l'anamnèse) et inflammations aspécifiques ou spécifiques du système digestif.

Posologie :

1 comprimés (135 mg) 3 fois par jour, de préférence vingt minutes avant le repas.

Lorsque l'effet recherché est atteint, la posologie peut, après quelques semaines, être progressivement diminuée.

Contre-indications :

On ne connaît aucune contre-indication.

Comme elle ne provoque aucun effet atropinique, la **MEBEVERINE FORTE** trenker n'est pas contre-indiquée aux malades atteints de glaucome ou d'hypertrophie de la prostate.

Effets secondaires :

A la dose thérapeutique, on n'a pas signalé d'effets secondaires imputables à la **MEBEVERINE FORTE** trenker.

Présentation :

Conditionnement de 30 comprimés, contenant chacun 135 mg de chlorhydrate de Mébévérine.

Composition :

Mébévérine HCL 135 mg - Lactos. - Microcrist. cellulosa. - Sodium amyloglycolas.

- Magnesium stéarate. - Colloid. Silic. dioxyd. - QSP un comprimé.



Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence TRENKER Belgique

N13484A00

IMPRIMEPEL 10/14

LIXIFOR

10284 1.20
LOT PER
Prix 89,50

COMPOSITION : Dose par gélule

- Séné	140 mg
- Radis Noir	75 mg
- Anis Etoilé	75 mg
- Cascara	30 mg

PROPRIETES :

LIXIFOR Actif dès le premier jour spécialement formulé pour :

- Régulation du volume et de la fréquence des selles
- Réduction des gaz
- Ballonnement et pesanteur abdominale
- Active le péristaltisme
- Améliore le confort intestinal
- Stimule le transit intestinal
- Combat les fermentations intestinales
- Favorise un transit régulier

CONSEILS D'UTILISATION :

- 1 gélule par jour le soir au coucher avec un verre d'eau.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas administrer aux enfants de moins de 12 ans.
- Ce produit est déconseillé aux femmes enceintes ou qui allaitent sans avis médical.
- A conserver dans un endroit sec et frais.
- Sans ingrédient d'origine animale, sans gluten, sans gélatine.

PRESENTATION :

Boîte de 15 gélules.

LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES
FORTE PHARMA

"Le Patio Palace" - 41 - Av. Hector otto
98000 - MONACO

Décompte de Remboursement**Maladie-Maternité**تأمين الوفاء
Wafa Assurance

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 7808 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : JAMAL SOUMIA

CERTIFICAT N° : 387242 MATRICULE: 3872427

BENEFICIAIRE : JAMAL SOUMIA

DATE DE LA DECLARATION : 29/06/2020

DECLARATION N° : 18185473 / 18185473

DATE DE REMBOURSEMENT : 06/07/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.		
1	Consultation	150.00		150.00		80.0%	120.00		
15	Pharmacie	190.20		190.20		80.0%	80.56		
TOTALS		340.20		340.20			200.56		
OBSERVATIONS :									
nr:lixifor									

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