

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

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 tous les 6 mois.

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 d'à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12884

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LABRIT

SOFIAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 91 56 75

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

NSR

Le : 21.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

SLH



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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, 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 : 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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - 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 : 21754541
CAISSE INTERPROFESSIONNELLE
MAROCAINE DE RETRAITE

29 NOV. 2022

C.I.M.R CASABLANCA
DRH

Matricule Sté : 598

Fatou Lotfi Lopri

Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés : 1185,70 dirhams

Docteur FATHI Naïf Med
Allergologie Immunologie - Clinique
Maladies Virales Asthme
Expert Assemblage près Les Tribunaux
104 Rd. du 11 Janvier 1er Etage - Casa
502 41 55 75 / 76

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Lotfi Fatou Âge 30

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

Lotfi fatou

21754541

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	17/11/22 22/11/22 22/11/22	CZ - 300 Dlt KZ - 600,00 Tats entang allerg
Pharmacie	17/11/22	285,70
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"/>



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : C I M R
 NOM DE L'ASSURE : LOTFI LQORI FATINE
 BENEFICIAIRE : LOTFI LQORI FATINE
 DECLARATION N° : 21754541 /

/ 1033655 CONTRAT N° 9101 60 / 386600
 CERTIFICAT N° 6563996 MATRICULE 598
 DATE DE LA DECLARATION : 17/11/2022
 DATE DE REMBOURSEMENT : 09/12/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		80%	240.00
9	Pratique médicale courante	600.00		600.00		80%	480.00
15	Pharmacie	285.70		285.70		80%	228.56
TOTAUX		1185.70		1185.70			948.56

OBSERVATIONS :

Docteur FATHI NAJIB Med

ALLERGOLOGIE

IMMUNOLOGIE CLINIQUE

de la Faculté de Médecine de Nancy

Membre de la Société Française

d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

Maladies Allergiques - Asthme

Expert Assermenté près les Tribunaux

104, Bd. du 11 Janvier - 1^{er} Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

الدكتور فتحي نجيب محمد

أمراض الحساسية والضيق

كلية الطب بنانسي

عضو في الجمعية الفرنسية لعلوم

المناعة والحساسية

خبير محلل لدى المحاكم

104، شارع 11 يناير الطابق الأول - الدار البيضاء

05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

الهاتف : 05 22 44 52 75

Casablanca, le : 17.11.2022
الدار البيضاء، في :

Lotfi Fathia

68,-

Histamine 1 mg

air 1 mg 2

89,3-

ATELASTINE 1 mg

163 mg 2

79,-

NATRIN 1

mg 6 2

Docteur FATHI NAJIB Med
Allergologie Immunologique Clinique
Maladies Allergiques / Bronchites Asthme
Expert Assermenté près les Tribunaux
Bd. du 11 Janvier 1^{er} Etage - Casablanca
Tél. 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

39,6-

26,-

Newpex 2 mg

34,-

1/2 + 05

286,70

MEGEN 2 mg 1

OMEGEN
®

20 mg

Omegen® 10 mg et 20 mg
Omeprazole

LOT: GA10513
PER: 09/2023
PPV: 75 DH 00

معلق للرش الأفني، عليه تحتوي على قارورة رشاشة بمضخة الفياس تعط

النكتة:
.....النكتة المقططفة الامامية
.....فونيكتارون (DCI) بروبيونت
.....ما بعد فونيكتارون
.....لاغ

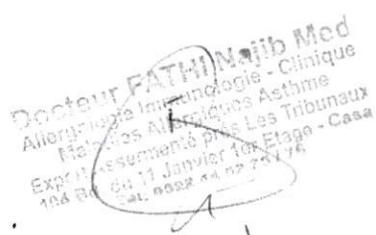
الآن تجربة تطوير المحتوى



Cas le 17.11.2022

Reçu de M^{me} Loufli Fatima

La somme de six cent dirhams -600 DH
Pour tests cutanés allergologiques cotés K30
Ci-joint compte rendu



CABINET D'ALLERGOLOGIE

Dr : FATHI NAJIB MOHAMED
Allergologie - Immunologie Clinique
104, Bd 11 Janvier -Casablanca

Con 1e 17.11.2022

Nom : *Fathi*
Prénom : *FATHINE*

RESULTAT DES TESTS CUTANÉS ALLERGOLOGIQUES

• PNEUMALLERGENES

- Témoin (-)
- Témoin (+) Phosphate de codeine 4

• ACARIENS

- dpt *4 mm +*
- df *4 mm +*
- Blomia *4 mm +*

• MOISISSURES

- Alternaria
- Cladosporium) *4 mm +*
- Aspergillus

• PHANÈRES ANIMAUX

- Chat *-*
- Chien *-*
- Cheval
- Plumes

• POLLENES

- Graminées (5) *-*
- Graminées cerealaires (4) *-*
- Olivier *3 mm +*
- Cyprès
- Mimosa

• LATEX

diagnostic

Réaction conjonctivite allergique.

as œillères + prurit

Sensibilisation aux pollens
d'olivier,

Dacteur FATHI NAJIB MOHAMED
Allergologie Immunologie - Clinique
"Malades Allergiques Aéthme"
Expert Assermenté près Les Tribunaux
104 Bd du 11 Janvier 1er Etage - Casablanca
Tél. 0524 44 52 25 / 77