

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 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 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 des données à caractère personnel.



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

DECLARATION DE MALADIE

N° W21-804937

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ALUGS

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AITEL NAJJOUR Homme

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément mutuelle

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 07/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

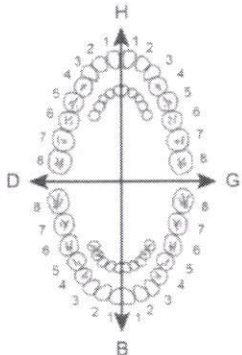
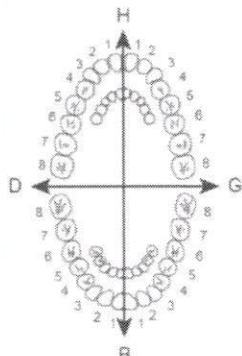
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				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 <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : SOCIETE / 1101 /

CONTRAT N° : 9165 60 / 461500

NOM DE L'ASSURE : LAHLOU MOHAMMED AMINE

CERTIFICAT N° : 4034183 MATRICULE: 4034183

BENEFICIAIRE : LAHLOU MOHAMMED AMINE

DATE DE LA DECLARATION : 25/04/2023

DECLARATION N° : 20585687 /

DATE DE REMBOURSEMENT : 25/05/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
25	Verres	6000.00		2160.00		85.0%	1530.00
26	Monture	2000.00		2000.00		85.0%	500.00
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85.0%	255.00
TOTALUX		8300.00		4460.00			2285.00
OBSERVATIONS :							

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

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 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 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.

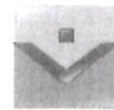
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

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.

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 : 20585687

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 70153

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

☐ Médical

☐ Dentaire

☒ Optique

Total des frais engagés

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Âge 57

Lien de parenté :

☒ 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

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

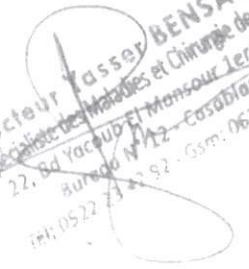

DATE DE CONSIGNATION

CERTIFICAT N°

2 0585687



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	25/04/2023	 Docteur Yasser BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N°12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25	300,00
Pharmacie			
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux	30/05/2023	 M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue Rguibat Casa Akram Baali Inpe: 065032633	8000,00 DH



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN- LUNETTIER -CONSEILS

N° 0557

FACTURE N°:

Casablanca, le: 30/05/2023

Mme / Mr: YASSER MOHAMMED ANNE

Dr: YASSER BENSALAH

VL
 OD : +2,50 (-2,50 @ 98°)
 OG : +0,25 (-0,25 @ 98°)

Monture

Pilgeri Gue
8000,00 DH

VP-Add
 OD : +2,00
 OG : +2,00

Verres

Ultralux PR ADV 1.67 RI 1.56
8000,00 DH

Total à payer: 8000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: Huit Mille DH

Akram Baali
 Inpe: 065032633

M-A-D Optic
 Opticien Optométriste
 63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 3
 Capitale 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 6123
 ICE 002642590000069

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - بناية

22, Bd. Yacoub El ansour - 1^{er} Etage - Bureau N°12 - Casablanca

VOIET DÉTACHABLE

	Dates des actes médicaux	du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	25/04/2023	Docteur Yasser BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N°12 - Casablanca Tél: 05 22 23 42 92 - Gsm: 06 25 25 11 25	300,00
Pharmacie			
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux	20/05/2023	M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue Rouibate Casa Akram Daali Inde: 065032633	8000,00

VOLET DÉTACHABLE

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

Spécialiste des maladies
et Chirurgie des Yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire

Ophtalmologiste

جستشفيات باريس
جبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة السياقة

25 avril 2023

Mr LAHLOU Mohammed Amine

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 0.50 à 99°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 92°)

VP : ODG = Add : + 2.00

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rouibate Casa

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd. Yacoub El ansour - 1^{er} Etage - Bureau N°12 - Casablanca
Tél.: 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr