

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

- 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.

M23-0025576

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2291 Société : RAM 276649

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAFI KHITI

Date de naissance : 08/09/1957

Adresse : 27 AL ASSIL MOHAMMED DIA

Tél. : 06681407177 Total des frais engagés : 845 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  COMPLIMENT

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : / /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : / /

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.

 MUPRAS 25 SEP. 2023

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) : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

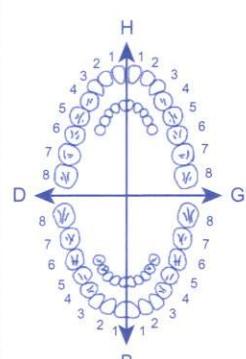
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

5 c es

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.

CLAUSE " Protection des données personnelles "

des données à caractère

impossible à utiliser. Les données personnelles demandées par l'assureur sont nécessaires à la conclusion et à l'exécution du présent contrat et 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.



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR
NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 21720796 / 91732

/ 1085488

CONTRAT N° 9106 60 / 357000
CERTIFICAT N° 2185878 MATRICULE : 343
DATE DE LA DECLARATION : 06/03/2023
DATE DE REMBOURSEMENT : 26/05/2023

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	0.00	300.00		80%	240.00
14	Radiologie	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	245.10		47.10		80%	37.68
TOTAUX		845.10	0.00	647.10			532.68

OBSERVATIONS :

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 bénéfice 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 : conformité@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

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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

24-2023
SIEGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - 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 la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 21720796

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés :

Dr. Azeddine EL HAIBA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers - Sultan
Tél: 05 22 27 72 72

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : EL KHALFI FATHIA Âge :

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 CONSULTATION

CERTIFICAT N°

21720796



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	06/03/2023	<i>Dr. Azeddine EL KHALFI Anesthésiste Réanimateur Clinique Mers-Sultan Tél: 05 22 27 72 72</i>	C2 #800, 815 #
Pharmacie	6-3-23	<i>PHARMACIE JAC/ R. Rue El Gharbi, 245 Casablanca Tél: 05 22 27 72 72</i>	
Analyses / Radiologie	06-03-2023	<i>J</i>	300,00
Auxiliaires médicaux			

X

VOLET DÉTACHABLE

clinique
mers
sultan



مسح
السلطان
06/03/2023

Dr El Khalfi Fahima

198,- 1 Nocicektol gel 50g (affiche) 2/2

31,- 2 Acetaminol 1000 mg 100 tab x7

10,10 31 Paracetamol 1000 mg 100 tab
Renouvelable

*PHARMACIE JAC/ R.
Rue El Gharbi, 245
Casablanca
Tél: 05 22 27 72 72*

URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الابريسي (قرب حدائق مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
هاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 :
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 :
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

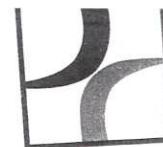
Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
06/03/2023	Dr. Azzeddine El Khalifi Anesthésiste Réanimateur Clinique Mers-Sultan Tel: 05 22 27 72 72	C2 #300, 305 #
Pharmacie	6 - 3 - 23	PHARMACIE JAC/ R. Rue El Moudawine 245 Casablanca Tél: 05 22 27 73 11
Analyses / Radiologie	06-03-2023	300,00
Auxiliaires médicaux		

X

VOLET DÉTACHABLE

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

clinique
mers
sultan



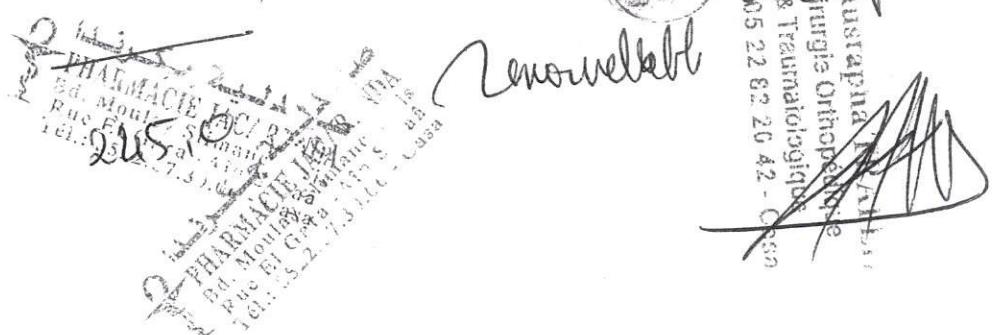
مجمع
السلطان
06/3/2023

que El Khalifi fait

198. 1 Nociceptol gel 5% (officiel 2/2)

31. 2 Acethis 1Cup 17g

10,10 31 Paracétal 1Cup 1Cup 1ah
Renouvelable



URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الادريسي (قرب حدائق مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79
تلف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 :
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 :
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010

► I.R.M 1,5T

► Scanner 16 Barretes

- 3D Corps Entier

- Angio Scanner
Corps Entier

► Echographie

- 2D / 3D / 4D

- Echo doppler couleur

- Echo guidée

► Biopsie

- Sconnoguidée

- Echo guidée

► Radiologie

Interventionnelle

► Radiologie Standard

Numérisée

Casablanca, le 06/03/2023

PATIENTE : EL KHALFI FATHIA
Examen: RADIO POIGNET GH (F+P)

RESULTAT:

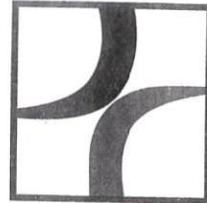
- Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche.

En vous remerciant de votre confiance



URGENCES 24H/24H

شارع عمر ادريس (قرب حديقة مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42
64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com / www.cliniquemersultan.ma / ICE : 0017283600000



F A C T U R E

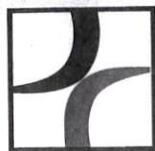
N° 2 803 / 2023 du 07/03/2023

Nom patient	EL KHALFI FATIHA	Entrée 06/03/2023	Sortie 06/03/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RX POIGNET GAUCHE (F+P)	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total général	300,00
--	----------------------	---------------

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00



مصحة
مرس
السلطان
le 06-03-2023

c. El Khalifi Fatihha

général Gauche (Fr + Fr).

SA
eur
an
2
RADIOLOGIE MERS SULTAN
64, Rue Omar Kammoun
Casablanca

مصحة
مرس
السلطان

Entrée	Sortie
06/03/2023	06/03/2023

nitaire	Montant
300,00	300,00
us-Total	300,00
	300,00

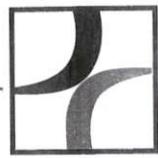
général	300,00

encaissé	Solde
	300,00

ICES 24H/24H

64 شارع عمر الادريسي (قرب حدائق مريوط) - الدار
البلدي
jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 :
n@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
rsultan.com / ICE : 001728360000010

CLINIQUE MERS SULTAN
Casablanca



le 06.03.2023

Ms. El Khalfi Fathia

- Ra poignet Gauche (F + P).

Dr. Azeddine ELHAIMA
Anesthésiste - Réanimateur
Clinique Mers - Sultan
Tél: 05 22 27 72 72

URGENCES 24H/24H

64، شارع عمر الأدريسي (قرب حديقة مروخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42
، Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 :
الهاتف :
E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com
www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010