

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12345 Société : A87499

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAAKOOBI Oumaima

Date de naissance :

08/03/1984

Adresse : 29, Rue Alben Oman El Hamla, 21aas, Casab

Tél. : 0662839339

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Complément Age :

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.

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 :

Signature de l'adhérent(e) : YAAKOOBI



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

PROTHÉSES DENTAIRES H COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412 | 21433552

THE INFLUENCE OF THE CULTURE OF THE PARENTS ON THE CHILD'S LANGUAGE 11

00000000 00000000
35533411 11433553

H B MONTANTS
- 1 1 - DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 11747 /
65

NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID

BENEFICIAIRE : SOPHIA

DECLARATION N° : 23910189 / 23910189

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

CERTIFICAT N° : 3605836 MATRICULE: 3605836

DATE DE LA DECLARATION : 21/11/2023

DATE DE REMBOURSEMENT : 01/12/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	200.00	0.00	200.00	0.8000%		160.00
15	Pharmacie	17.70	0.00	17.70	0.8000%		9.36
44	Vaccin	277.00	0.00	277.00	0.8000%		221.60
TOTALS		494.70	0.00	494.70			390.96

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 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.

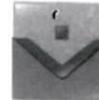
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformité@wafaassurance.co.ma

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

VOLET DÉTACHABLE

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



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE 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 : 23910189

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

WANA CORPO
Direction Support & Produit
Lot 10, Colline II, Lot 189
Boulevard Hassan II - 20190 Casablanca
Tunisie

60/359800

360 5836 Matricule Sté :

Medaghni Alain Rachid

Médical Dentaire Optique

494,70 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

DOCTEUR N. ZARZU
PEDIATRE
Résidence El Walida
19, Bd Bir Anzarane
522 25 55 22 - Casablanca

14/11/23
Medaghni Alain Sofiane

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

23910189

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	4/11/23 DOCTEUR N. ZAIKIN PEDIATRE Résidence El Walida 119, Bd Bir Anzarane 502 25 El Jadida - Casablanca	2000,00
Pharmacie	PHARMACIE DE LA COLLINE Sur parking CARREFOUR Sidi-Maârouf (Ancien Makro) Casablanca - Tél: 05 22 33 81 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp : 06 42 13 38 18 RC : 266958 - Pat : 3610540 - IF : 50731792 - CNAS : 6063490 Tél : 060421000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr	294,70
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

SOINS	PROTHESE	
H		
D		
B		
<p>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.</p>		
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins</p>		
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>		
<p>Date : </p>		
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p>		
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>		
<p>Date de l'appareillage : </p>		

8

VOLET DÉTACHABLE

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

عيادة طب الأطفال

Docteur Noureddine ZAHER

PEDIATRE

Lauréat de la Faculté de Nantes (France)

Urgences et Réanimation Néonatale

Ex Assistant Allergologie et Asthme

Infantiles Hôpital Saint-Nazaire (France)

Ancien Attaché aux Urgences Pédiatriques
et Néonatalogie - CHU - Nantes

Diplôme Universitaire Réanimation et Urgences

Pédiatriques Faculté de Rennes (France)

الدكتور نور الدين الزاهر

اختصاصي في أمراض الطفل وإنعاش المولود

خريج كلية الطب بنانط (فرنسا)

تشخيص أمراض الحساسية والضيقية

مساعد قسم الحساسية والضيقية لدى الأطفال

بمستشفى سانزير (فرنسا)

ملحق سابقاً بمستعجلات الأطفال والمولود

بالمركز الجامعي بنانط

دبلوم جامعي لمستعجلات وإنعاش الأطفال

كلية الطب بربن (فرنسا)

Casa, le : 6/11/13

medostrifol
Scoparia
11,70
Dolfran 2ml
2ml
277,00
Entexin
11,70
T = 294,70

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFOUR Sidi-Maârouf (Ancien Makro)

Casablanca - Tél. : 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53

Wifat: 06 62 38 18

RC : 266958 - Pat. : 361934 - IF : 50731792 - CNSS : 6063490

ICE : 00048382000044 - Email : paracetamol2011@holmeff.fr

DOCTEUR ZAHER
Urgences et Réanimation
Casablanca

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

إقامة الوالدة، 199 شارع بدر انزاران، الطابق الأول رقم 4 (أمام إقامة خريبكة) - البيضاء - الهاتف : 24 55 25 22 05
Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grillardière - Casablanca