

# 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 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 une fois par an.

## 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.

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

W21-833145

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12347 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YAAKOUB I Oumaima  
 Date de naissance : 08/03/1984  
 Adresse : 29, Rue Abou Oum EL Harite, 2ème, Casa  
 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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

### RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

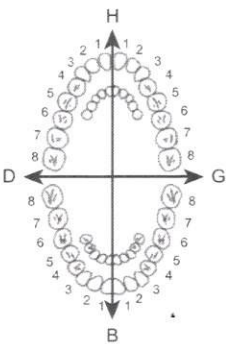
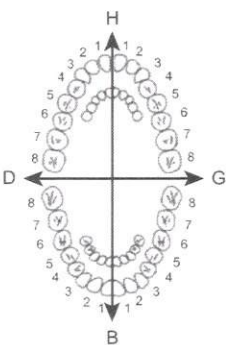
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|------------------|-------------|------------------------|-------------------------|
|   |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412 21433552<br/>             00000000 00000000<br/>             D 00000000 G 00000000<br/>             35533411 11433553<br/>             B           </div> |                  |             |                        | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |             |                        | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | Montant des Honoraires   |                  |             |                        | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
|  |  |                  |             |                        |                         |
| DATE DU DEVIS<br>DATE DE L'EXECUTION   |  |                  |             |                        |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 11747 / 65

NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAQUI 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        | 80.00%     | 160.00           |
| 15        | Pharmacie              | 17.70          | 0.00                   | 17.70         | 0        | 80.00%     | 9.36             |
| 44        | Vaccin                 | 277.00         | 0.00                   | 277.00        | 0        | 80.00%     | 221.60           |
| TOTAUX    |                        | 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 prescrites 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 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.

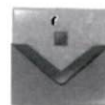
Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformité@wafaassurance.co.ma

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

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

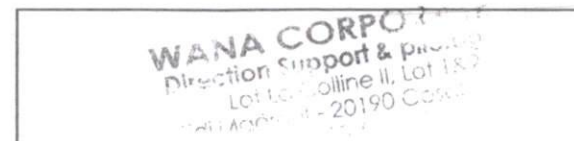


تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

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 : 23910189

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

60/359800

N° affiliation :

360 5836 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghi Alami Rachid

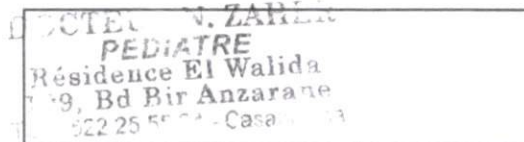
Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

494,70 dh

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

4/11/23

Nom et prénom du malade :

MedAG HRT Alami

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfants

Nature de la maladie :

Vaccin

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°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

23910189



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance



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

Date de l'appareillage : \_\_\_\_\_



# 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 والضيقة

مساعد قسم الحساسية والضيقة لدى الأطفال

بمستشفى ساتزير (فرنسا)

ملحق سابقا بمستعجلات الأطفال والمولود

بالمركز الجامعي بنانط

دبلوم جامعي للمستعجلات وإنعاش الأطفال

كلية الطب برين (فرنسا)

Casa, le : 4/11/23

Medasthr For  
Sofia

11,70

Dolipran

2m

277,00

Eutecrin

nm

T= 294,70

**PHARMACIE DE LA COLLINE**  
Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)  
Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53  
WhatsApp : 06 62 38 18  
RC : 266958 - Pat : 36103108 - IF : 50731792 - CNSS : 6063490  
ICE : 0004829000044 - Email : pharmacie2011@hotmail.fr

**DOCTEUR ZAHER**  
Noureddine ZAHER  
Tél : 06 61 18 76 01  
Rég. Méd. 2011 - Casablanca

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

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