

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 08/03/1984

Adresse : 29, Rue Alou Alben Duman El Haila, 27ans, Casab

Tél. 0662 839339

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) : oumar

Le : .....



## **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 - 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.



تامين الوفاء  
Wafa Assurance

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 11539 /  
80

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID

CERTIFICAT N° : 3605836 MATRICULE: 3605836

BENEFICIAIRE : SOPHIA

DATE DE LA DECLARATION : 06/10/2023

DECLARATION N° : 23167727

/ 23167727

DATE DE REMBOURSEMENT : 12/10/2023

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	
44	Vaccin	899.20	0.00	899.20	0.8000%	719.36	
TOTALS		1099.20	0.00	1099.20			879.36

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, 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.

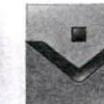
L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

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 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 : 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](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 23167727

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

3605836 Matricule Sté :

Medaghi Alain Rachid

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

1099,20 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : MEDAHLIRIAP Age :

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°

23167727



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

**Priorix**

les, mumps and rubella vaccine  
contre la rougeole, les oreillons et la rubéole  
na contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola  
der and solvent for solution for injection  
tre et solvant pour solution injectable  
o y solvente para solución inyectable  
cutaneous use or intramuscular use  
sous-cutanée ou voie intramusculaire  
subcutánea o vía intramuscular

طب الأطهار

PA

ance) Natale  
me nce)  
tiques

Liste T - Uniquelement sur ordonnance  
AMM N° S10/18DMP/2/NRS

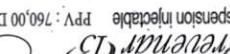
Pfizer Manufacturing Belgium N.V.  
Riksweg 12  
B-2870 Puurs  
Belgique

Fabriquant responsable de la libération des lots :

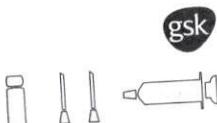
Wyeth Pharmaceuticals  
New Lanthavat  
Hamphire, PO9 2NG  
Royume-Uni

Suspension injectable PPV : 760,00 DH

6 118001 171057



GloxySmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:139,20 DH  
ID:651993  
6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe  
with solvent + 2 needles  
1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie  
avec solvant + 2 aiguilles  
1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada  
con solvente + 2 agujas

1 dose/dosis (0.5 ml)

Prioxix  
Trade marks owned or licensed by GSK  
©2019 GSK or licensor



Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 0



ر (التران)، الطابق الأول رقم ٤ (اسم إقامة خريبكة) - البيضاء - الهاتف : ٥٢٢ ٢٥ ٥٤  
Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grif

Montant des honoraires	du praticien attestant le paiement des actes	515123	14/05/2017	20000
du praticien attestant le paiement des actes				
Médecin traitant	L'OCITELLE, M. ZAKI Résidence E. Walida 199, Bd Bir Anzarane Tél: 0522 25 57 14			
Pharmacie	PHARMACIE DE LA COLLINÉE Sur parking CARREFOUR des Marouf (Ancien Matro) Casablanca - Tey: 05 22 33 59 53 Rc: 26/958. Rst: 17/05 22 33 59 53 Whats app: 06 61 12 38 18 t: 0044 3320088044 . Email: palactamol2014@yahoo.fr	09/09/2017	09/09/2017	899,00
Analyses / Radiologie				
Auxiliaires médicaux				

**VOLET DÉTACHABLE**

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