

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-814485

ROYAL AIR MAROC  
N° 12365

|   |                                       |                                  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                           | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |                                       |                                  |
| Matricule : 12365   | Société : Royal Air Maroc             | Autres                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif                             | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : GHAFI M. IMAD  |                                       |                                  |
| Date de naissance : 10/07/1983  |                                       |                                  |
| Adresse : Lot Nassim résidence les chênes 1 Im "P" N°pt 14 Casablanca |                                       |                                  |
| Tél. : 1500,00 Dhs Total des frais engagés :                          |                                       |                                  |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation :  |  |
| Nom et prénom du malade : M. HAMDI TANAL  |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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'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 : Casablanca

Le : 31/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | INP : <input type="text"/>                                     |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |

## 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<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|--|
|                                      |  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|                                      | <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> |
| H                                    |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| 25533412                             | 21433552   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| 00000000                             | 00000000   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| D                                    |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| 00000000                             | 00000000   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| 35533411                             | 11433553   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| B                                    |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| G                                    |  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|                                      | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|                                      |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |

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 / 11958 /  
74

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : M'HAMDI MANAL

CERTIFICAT N° : 7211147 MATRICULE: 7211147

BENEFICIAIRE : M'HAMDI MANAL

DATE DE LA DECLARATION : 17/01/2024

DECLARATION N° : 23715480 / 23715480

DATE DE REMBOURSEMENT : 25/01/2024

| CODE ACTE      | NATURE DES PRESTATIONS     | VOUS AVEZ PAYE | REMB. ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMB. | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMB. |
|----------------|----------------------------|----------------|------------------------|---------------|----------|------------|------------------|
| 5              | Consultation specialiste   | 300.00         | 0.00                   | 300.00        | 0.8000%  |            | 240.00           |
| 9              | Pratique medicale courante | 1500.00        | 0.00                   | 300.00        | 0.8000%  |            | 240.00           |
| TOTALS         |                            | 1800.00        | 0.00                   | 600.00        |          |            | 480.00           |
| 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 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 : 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. ABDELMOUNEN - 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 : 23715480

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 :

18 00, 00

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

طبيبة اقتصاصه من امراض الطف وطب التجميل و الليزر  
Dr. Ramid Hind  
Dermatologue, Médecin Esthétique & Laseriste  
Bd El Oued 2000, 1000 Casablanca, 33 34  
طبيبة اقتصاصه من امراض الطف وطب التجميل و الليزر  
Dr. Ramid Hind  
Bd El Oued 2000, 1000 Casablanca, 33 34  
طبيبة اقتصاصه من امراض الطف وطب التجميل و الليزر  
Dr. Ramid Hind  
Bd El Oued 2000, 1000 Casablanca, 33 34

02/10/2024  
طبيبة اقتصاصه من امراض الطف وطب التجميل و الليزر  
Dr. Ramid Hind  
Bd El Oued 2000, 1000 Casablanca, 33 34  
طبيبة اقتصاصه من امراض الطف وطب التجميل و الليزر  
Dr. Ramid Hind  
Bd El Oued 2000, 1000 Casablanca, 33 34

Lui-même  Conjoint  Enfants  
Agé

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

Deposé le 16/10/2024  
CERTIFICAT

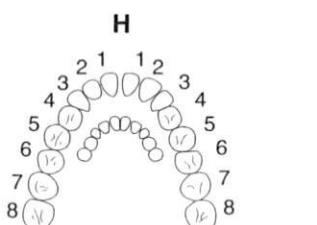
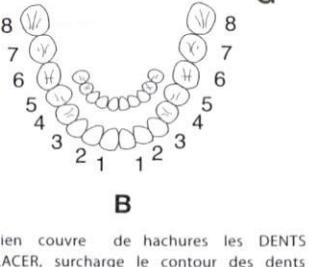
18 00, 00

23715480

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS  FACTURE

|   |                 |  |
|---|-----------------|--|
| <b>SOINS</b>  | <b>PROTHESE</b> |  |
|    |                 | Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/>   |
|   |                 | Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :                |
|   |                 | Date : <input type="text"/>  |
|  |                 | Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/> |
|   |                 | Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :           |
|   |                 | Date de l'appareillage : <input type="text"/>  |

## VOLET DÉTACHABLE

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

Dr. Ramid Hind

## Dermatologue

Médecin Esthétique & Laseriste

- Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca
  - Diplômée en Médecine Esthétique et Laser  
de l'Université de Versailles Paris - france
  - Ancienne interne à l'hôpital saint Louis à Paris - France

لـدكتورة الرمـيد هـند

طبيبة متخصصة في أمراض الجلد

طب التجميل واللبيز

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

حاصلة على دبلوم في طب التجميل والليزر من جامعة فرساي بفرنسا

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى سان لويس بباريس - فرنسا

Le : ١٢ JAN 2024 في :

## Compte Rendu et Facture

Inpe · 091246934

Je soussigné certifie que  
me. M'HAMDI Nabil a bénéficié  
d'un acte chirurgical d'angle  
incisé au bloc du cabinet, sous Al,  
avec peines morales.

— Frais de geste : # 1500,00 dh # -

— Little cinq cent dirhams —

الدكتورة الرميد هند

طيبة اختصاصية في أمراض الجلد وطب التجميل والليزر  
Dr. Ramid Hind  
Dermatologue Marocaine & Laseriste  
Bd El Qadi, Résidence les Princes Imm B  
2ème Etage N°6 - Casa - Tél: 0520 43 33 34

شارع القدس إقامة الأمراء، مدخل «ب» الطابق الثاني، الشقة رقم 6 - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 21 36 37 - 0520 43 33 34 - البريد الإلكتروني: dr.ramidhind@gmail.com

Bd El Qods, Résidence les Princes, Imm B , 2 ème Etage N° 6 - Casablanca

Tél : 0520 43 33 34 - 0522 21 36 37 - E-mail : dr.ramidhind@gmail.com

Tel.: 0520 45 55 54 - 0522 21 50 57 - E-mail: dr.franimira@gmail.com

Dr. Ramid Hind

Dermatologue

Médecin Esthétique & Laseriste

• Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

• Diplômée en Médecine Esthétique et Laser

de l'Université de Versailles Paris - France

• Ancienne interne à l'hôpital Saint Louis à Paris - France

JR

دكتورة الرميد هند

طبيبة متخصصة في أمراض الجلد

طب التجميل واللaser

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.

حاصلة على دبلوم في طب التجميل واللaser من جامعة فرساي بفرنسا

طبيبة داخلية سابقاً بستشفى سان لويس بباريس - فرنسا

Le: 02/01/2024

في :

Facture

Inpe: 091246934

Je soussignée, certifie que  
Mme A. Hanchi. Hanafi, a été présenteé aujourd'hui  
pour une consultation d'angle au cabinet,  
avec peines mordes.

— Frais de consultation: # 300,000Dhs #

— trois cent dirhams —

Dr. Ramid Hind  
Dermatologue, Médecin Esthétique & Laseriste  
Bd El Qods, Résidence les Princes Imm B,  
2ème Etage N°6 - Casab - Tél: 0520 43 33 34

شارع القدس إقامة الأمراء، مدخل «ب» الطابق الثاني، الشقة رقم 6 - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 21 36 37 - 0522 43 33 34 - البريد الإلكتروني: dr.ramidhind@gmail.com

Bd El Qods, Résidence les Princes, Imm B, 2 ème Etage N° 6 - Casablanca

Tél.: 0520 43 33 34 - 0522 21 36 37 - E-mail: dr.ramidhind@gmail.com