

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

25035
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6299

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBTI KAMAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-046502

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 est 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

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



Wafa Assurance

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 : 17640329

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

: 315,70 DH

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : JAMAL SOUMIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soi dentaire

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

17640329

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

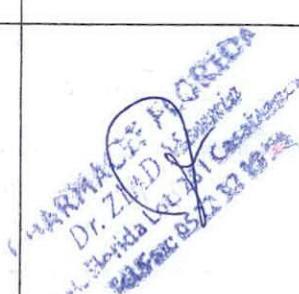
NOM DU MALADE

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		
Pharmacie	04/01/20  Dr. Ziad J. Chahada Pharmacie 04/01/2020	15.80
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

The diagram illustrates four dental arches (H, D, G, B) used for dental prostheses. Each arch is numbered 1 through 8 on both the upper and lower sides. The numbers represent the following:

- SOINS (Top Left):** The numbers 1 through 8 are placed on the upper side of the arches.
- PROTHESE (Top Right):** The numbers 1 through 8 are placed on the lower side of the arches.
- DENTS A REMPLACER (Bottom Left):** The numbers 1 through 8 are placed on the upper side of the arches.
- DENTS qui SUPPORTERONT DES CROCHETS (Bottom Right):** The numbers 1 through 8 are placed on the lower side of the arches.

The numbers 1 through 8 indicate the placement of artificial teeth and the support they provide for the hooks of the dental prosthesis. The arches are labeled H (top), D (left), G (right), and B (bottom).

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins	<u>300,00</u>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :	<i>DR. M. EL HAWI Médecin Dentiste Professeur Casablanca 16, Avenue El Hassabi Tél. : 0524 236 08 99</i>
Date :	04/02/2000
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :	<u> </u>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :	<i> </i>
Date de l'appareillage :	<u> </u>

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 74896 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : JAMAL SOUMIA

CERTIFICAT N° : 3872427 MATRICULE: 3872427

BENEFICIAIRE : JAMAL SOUMIA

DATE DE LA DECLARATION : 17/01/2020

DECLARATION N° : 17640329 / 17640329

DATE DE REMBOURSEMENT : 24/01/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
15	Pharmacie	15.80		15.80		80%	12.64
27	Soins dentaires	300.00		300.00	4	80%	120.00
TOTAUX		315.80		315.80			132.64
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels



Clinique Dentaire Casablanca

Casablanca, le

4/11/2010

Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste Professeur
16, Bd. Abdelkrim El Khattabi
Casablanca
Tél. : 05 22 36 08 07
Compte N° 00034560105

M. Jamal Soumi

15.80

Doctiprane

1CP 3x15 pbt ou 5

Pharmacie
Dr. ZLAD FLORIDA
M. Marjida Lot 281 Casablanca
Tél. 05 22 36 08 07

Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste Professeur
16, Bd. Abdelkrim El Khattabi
Casablanca
Tél. : 05 22 36 08 07
Compte N° 00034560105

مصحة الأسنان - 16 شارع عبد الكريم الخطابي - الدار البيضاء
CLINIQUE DENTAIRE - 16, BD. Abdelkrim El Khattabi - Casablanca
Tél. : 05 22 36 08 07 / 05 22 399 899 - Email : elhamid@casanet.net.ma

15,80
PPV15DH30
PER 05/22
LOT 11361

Doliprane®
1000 mg comprimé effervescent sécable
PARACÉTAMOL

notice car elle contient des informations importantes pour vous. Ce
ordonnance et vous permet donc de soigner des maladies bénignes
moins, vous devez utiliser Doliprane 1000 mg, comprimé effervescent
avec précaution afin d'en obtenir le meilleur résultat. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin
de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez vous à votre
pharmacien. Si les symptômes s'aggravent ou persistent après 5 jours, consultez un médecin.

La substance active est : paracétamol 1000 mg pour un comprimé effervescent sécable. Les autres composants
sont : acide citrique anhydre, mannitol, saccharine sodique, laurylsulfate de sodium, povidone
K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium anhydre, leucine, arôme orange.
Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

**QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT
ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament contient du paracétamol.

Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures,
règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre
médecin ou à votre pharmacien.

**INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE
DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT.**

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol,
- maladie grave du foie,
- enfants de moins de 15 ans.

**PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC
DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT**

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue
de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.
- En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, tenir compte dans la ration journalière de la présence de
sodium : 408 mg par comprimé.
- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du
paracétamol.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre
médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas,
afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en
cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

