

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-673685

10750

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6229	Société :	DAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SEBTI HED KANAL			
Date de naissance : 01/12/62			
Adresse : Vann D. Sebt 62@gmail.com			
Tél. :	0606 310210	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

H. HAKANI



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 bénéfice 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 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 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.



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 l'algo n° 17-99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 17640325

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation : Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré JADAL Soudia

Type de déclaration Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés : 709.28 DH

Cachet du médecin :

Date de la consultation : 13/09/2010

Nom et prénom du malade : Soudia JADAL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soudia covid 19

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

17640325

DECLARATION
CONTRAT N° : CERTIFICAT N° :
NOM DU MALADE :
DATE DE CONSULTATION :
TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

Wafa Assurance
نامين الوفاء

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	13/01/2022 14/01/2022	160 DT Credited
Pharmacie	14/01/2022	159.20
Analyses / Radiologie	13.1.2022	400 DH
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**

<p>SOINS</p> <p>PROTHESE</p> <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>
---	--



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 9469 /
 NOM DE L'ASSURE : JAMAL SOUMIA
 BENEFICIAIRE : JAMAL SOUMIA
 DECLARATION N° : 17640325 / 17640325

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
 CERTIFICAT N° : 3872427 MATRICULE: 3872427
 DATE DE LA DECLARATION : 09/02/2022
 DATE DE REMBOURSEMENT : 16/02/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	150.00		150.00		80.0%	120.0
15	Pharmacie	159.20		159.20		80.0%	63.7
13	Analyses medicales	400.00		400.00		80.0%	320.0
TOTALS		709.20		709.20			503.7

OBSERVATIONS :

nr : Fitopolis

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



مختبر الصقلي للتحاليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 v. 2015



7j / 7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

FACTURE N° : 220100381

CASABLANCA le 13-01-2022

Mme JAMAL EP SEBTI Soumia

Récapitulatif des analyses		Analyse	Val	Clefs
CN				
	COVID PCR		B298.51	B

Total des B : 298.51

TOTAL DOSSIER : 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirham .

مختبر الصقلي للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILLOUD
240, Bd Brahim Roudani Maarif
Tél: 05 22 25 78 29 / 05 22 25 39 61
Casablanca - Fataite: 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 000 3555000000328 25



093000214



FITOPOLIS

Lot : 210420
A consommer de préférence avant le : 04/2024
PPC : 79,50 DH

FORMES ET PRESENTATIONS :

FITOPOLIS® Adultes Solution buvable - flacons 150 ml et 250 ml.

FITOPOLIS® Enfants Solution buvable - flacons 150 ml et 250 ml.

COMPOSITION :

FITOPOLIS® Adultes : Eau, Fructose, Miel d'eucalyptus, Agent de charge (glycérine), Extrait de propolis , Extrait de feuilles de thym (Thymus vulgaris), Acide ascorbique (60 mg), Colorant (caramel), Acidifiant (acide citrique), Extrait sec de racine d'échinacée , Conservateurs (sorbate de potassium, benzoate de sodium) et arômes.

FITOPOLIS® Enfants : Eau, fructose, miel d'eucalyptus, agent de charge (glycérine), extrait de fleurs et feuilles de mauve (Malva sylvestris), extrait de propolis, acide ascorbique (Vitamine C : 90 mg/30 ml), arôme, extrait de racine d'échinacée (Echinacea purpurea), colorant (caramel), acidifiant (acide citrique), conservateurs (sorbate de potassium, benzoate de sodium).

PROPRIETES ET UTILISATION :

FITOPOLIS® solution buvable est à base d'actifs naturels dont la propolis et

PPV: 79DH70

PER: 12/24

LOT: K2315



COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitements des infections dues aux germes sensibles telles que :
- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicités non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu SA
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 14/01/2022 الدار البيضاء، في

Han Soutia JAFAL

20.20 → AZO Soong
1P x 21 J pbt 10g
plus 20J le d - 7m

20.20 → Zinostri - 45mg

1P x 21 J pbt 10g

20.20 → Vancos

1P x 21 J pbt 10g

20.20 → Fipaplis
900 mg x 3 J

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél. : 05 22 32 13 15

14/01/2022
PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAZ
Lotissement Floride, Sidi Maarouf, Casablanca
Tel. / Fax : 0522 32 13 15

EL ATOUANI Hind
Médecine Générale
Lot Hamza Sidi Maarouf
Casablanca Tel: 0522 32 13 15

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



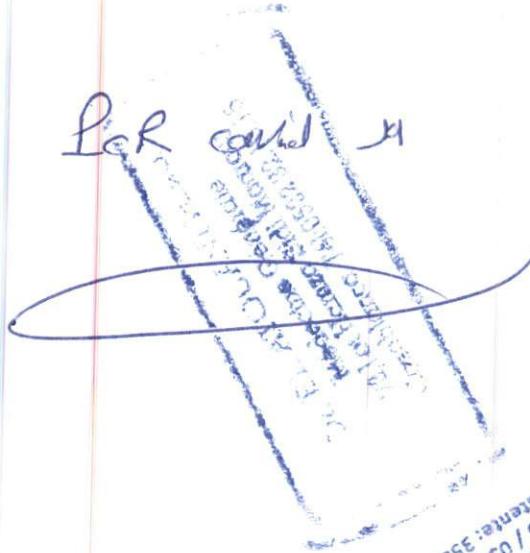
الدكتورة العطواني هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ١٥/١١/٢٠١٤ الدار البيضاء، في

Hne scoulia JADAL



LABORATOIRE SOUDI SIDI MAAROUF
Casablanca - Poste: 3580504
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
240, Bd El Hachem Roudani, 10
LÉGUMES ET PRODUITS MEDICAUX

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél. : 05 22 32 13 15



مختبر الصقلی للتحليلات الطبية

Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 v.2015



Dr. BENMILLOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

7j/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 13-01-2022 à 15:01

Code patient : 1807250039

Né(e) le : 19-02-1982 (39 ans)



Mme JAMAL EP SEBTI Soumia

Dossier N° : 2201130148

Prescripteur :

BIOLOGIE MOLECULAIRE

Détection du génome du SARS CoV-2 par RT-PCR (COVID 19)

(KitGeneFinder COVID-19 Plus Real Amp)

Origine du prélèvement

Naso-pharyngé

Résultat

Recherche POSITIVE: Présence de l'ARN du virus SARS-CoV 2

CT du gène ORF1 ab:

18

CT du gène N:

15

CT du gène E:

18

Passeport N°:

CIN

BB4535

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna
مختبر الصقلی للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. BENMILLOUD
240, Bd Brahim Roudani Casablanca
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca - پتente: 35805014