

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 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 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

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-708458

113560

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12831 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zined DOURI

Date de naissance : 08/06/1985

Adresse : Complément

Tél : 0662801 903 Total des frais engagés : \$ 6000,00 \$ 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 : Complément

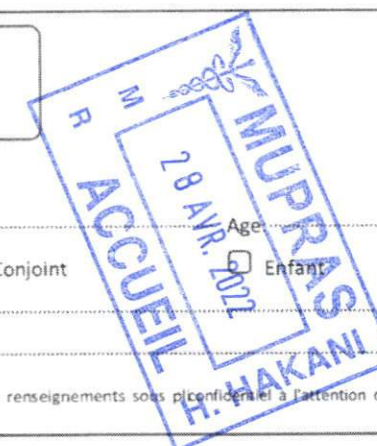
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 28 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : TO



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP :

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 Particien	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 : Veuillez 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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



Wafa



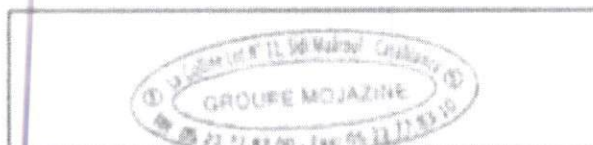
SEDE SOCIAL : 180 ABD
S.A. au capital de 3

S.D. 202214459
1-1

179 - 17 0485407 ICE 1000375000004
17 99 portant code des assurances

DECLARATION DE MALADIE : 21521244

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Azguina Oussama

Type de déclaration

☐ Medical

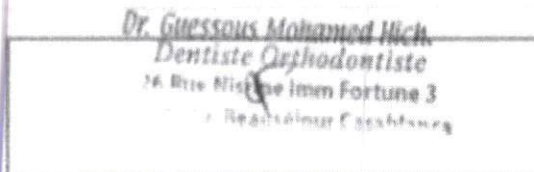
☒ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

6000,00

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

14/03/2022

Nom et prénom du malade :

Azguina Oussama Age

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

prothese 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

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGES

CERTIFICAT N°

21521244



تامين الوفاء
Wafa Assurance

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, médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc.)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les 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, notes d'honoraires et ordonnances remises 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 doivent être précisées : la cotisation des actes la vérification 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 remises 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 données 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. L'assureur et les 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 assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y conforment. 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 conforme par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail conforme@wafaassurances.com.ma.

De manière expresse, l'assuré-souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de propositions commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Veuillez 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.

VOLET DETACHABLE

X

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant		
Pharmacie		
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 ☒

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires
14/03/22	condemner céruse céramique zinc	16	0200	+3000+
14/03/22	condemner céruse céramique zinc	36	0200	+3000+

SOINS

PROTHESE

Le praticien coupe de lachures 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.

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins

Date

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement

Dr. Gueissous Mohamed Hich
Dentiste Orthodontiste
26 Rue N°1 Imm Fortune 3
Boite 14 B Neufesjour Casablanca

Date de l'appareillage: 14/03/22



S_D_201205755-
1-7_R-2

Casablanca le 15/02/2022

GROUPE MOJAZINE

LOTISSEMENT LA COLLINE LOT N°11 SIDI

CASABLANCA

INTERMEDIAIRE : A F M A
CONTRAT : 60/661700
NOM DE L'ASSURE : AZOUINA OUSSAMA
CERTIFICAT : 7145400 / 7145400
DECLARATION : 20134281/221
FRAIS ENGAGES : 6000.00



OBJET : LETTRE D'ACCORD

Messieurs,

Nous accusons réception de la déclaration maladie citée en référence et avons l'honneur de vous donner notre accord pour :

Nature des soins : BRIDGE DE 2 CCM (S/R production des radios post-exécution)
Médecin traitant : GUESSOUS
A hauteur de : 4800.00
Bénéficiaire : AZOUINA OUSSAMA

A la fin du traitement, un reçu dûment acquitté ainsi que les pièces justificatives devront nous être adressés

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante et tant que le contrat souscrit auprès de notre compagnie est en vigueur.

Les remboursements seront effectués suivant les conditions contractuelles en vigueur à la date d'exécution des actes et ce, dans la limite du plafond disponible et des taux prévus au contrat.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

INDEMNISATIONS SANTE

NB : Accord valable pendant 3 mois,
sous réserve d'un éventuel contrôle médical
cet accord ne peut être considéré comme une prise charge.

CENTRE DENTAIRE GUESSOUS

NOM ET PRENOM : AZOUINA OUSSAMA

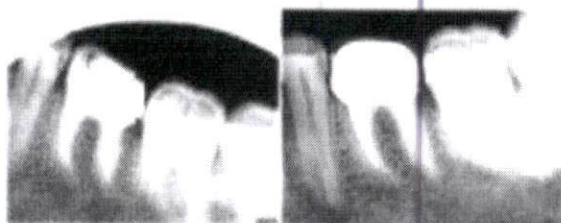
14/03/22

RX : 16



Dr. Guessous Mohamed Hich.
Dentiste Orthodontiste
26 Rue Nisrine Imm Fortune 3
Appt 14 B Beauséjour Casablanca

RX : 36



Dr. Guessous Mohamed Hich.
Dentiste Orthodontiste
26 Rue Nisrine Imm Fortune 3
Appt 14 B Beauséjour Casablanca



تامين الوفاء
Wafa Assurance



S.D. 202205755-
L-T R-1

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : /

CONTRACTANTE GROUPE MOJAZINE
NOM DE L'ASSURÉ AZOUINA OUSSAMA
BENEFICIAIRE : AZOUINA OUSSAMA
DECLARATION N° : 20134281

/ 946579

CONTRAT N° 9101 60 / 661700
CERTIFICAT N° 7145400 MATRICULE 7145400
DATE DE LA DECLARATION : 26/01/2022
DATE DE REMBOURSEMENT : 04/04/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF	TAUX REMB	MONTANT DE REMBOURSEMENT
28	Prothese dentaire	6000.00		6000.00		80%	4800.00
TOTALS		6000.00		6000.00			4800.00
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE GROUPE MOJAZINE
NOM DE L'ASSURÉ AZOUINA OUSSAMA
BENEFICIAIRE : AZOUINA OUSSAMA
DECLARATION N° : 20134281

/ 946579

CONTRAT N° 9101 60 / 661700
CERTIFICAT N° 7145400 MATRICULE 7145400
DATE DE LA DECLARATION : 26/01/2022
DATE DE REMBOURSEMENT : 04/04/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF	TAUX REMB	MONTANT DE REMBOURSEMENT
28	Prothese dentaire	6000.00		6000.00		80%	4800.00
TOTALS		6000.00		6000.00			4800.00
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso