

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-763979

131136

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12345

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

YAAKOUB Oumaima

Date de naissance :

08/03/1984

Adresse :

29, Rue Abou Oman El Hantia, 20000, Cas

Tél. :

0662839339

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Complément

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) :

*[Signature]*



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

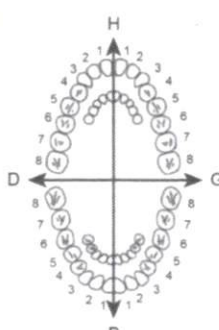
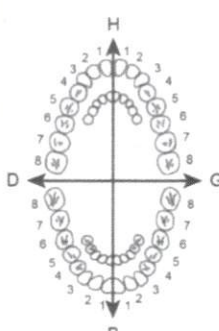
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D ————— G  00000000 00000000  35533411 11433553  B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

AFF : / -

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA  
NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID

/ 996370/

CONTRAT N° 9106 60 / 359800

CERTIFICAT N° 3605836 MATRICULE : 3605836

BENEFICIAIRE : SOPHIA

DATE DE LA DECLARATION : 22/07/2022

DECLARATION N° : 22186336 / 22186336

DATE DE REMBOURSEMENT : 05/08/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		80%	160.00
44	Vaccin	663.00		663.00		80%	530.40
TOTAUX		863.00		863.00			690.40
OBSERVATIONS :							

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

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

### **CLAUSE " 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](mailto: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.



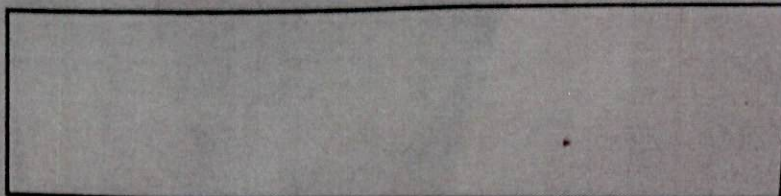


تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - 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 : 22186336

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

N° affiliation :

3605836 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghni Alaoui Rachid

Type de déclaration

☒ Médical

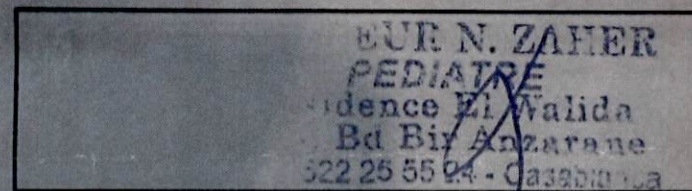
☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

863,00 dh

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

4/17/2022

Nom et prénom du malade :

Sophia

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Vaccin

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 ENGAGÉS :

CERTIFICAT N°

22186336



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance





تامين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUMEN - 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 : 22186336

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

3605836

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghni Alaoui Rachid

Type de déclaration

☒ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

863,00 dh

Cachet du médecin :

EUR N. ZAHER  
PEDIATRE  
Résidence El Walida  
Bd Bir Anzarane  
522 25 55 24 - Casablanca

Date de la consultation :

4/17/2012

Nom et prénom du malade :

Sophia

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

Vaccin

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 ENGAGÉS :

CERTIFICAT N°

22186336



تامين الوفاء  
Wafa Assurance







044  
8  
252  
21  
663



**Hexaxim**  
1 syringe/jeringa - 0.5 ml  
1 dose/dosis

**Consells et urgences : GSM**  
رقم 4 (أمم المتحدة) - البيضاء - الهاتف : 05 22 25 55 24  
Rés. El walida, 199 Bd Blr Anzarane, 1er étage N°4 Jus

**Hexaxim**  
1 syringe/jeringa - 0.5 ml  
1 dose/dosis

**Consells et urgences : GSM**  
رقم 4 (أمم المتحدة) - البيضاء - الهاتف : 05 22 25 55 24  
Rés. El walida, 199 Bd Blr Anzarane, 1er étage N°4 Jus

**Do not inject! Ne pas injecter! No se inyecte**

**Rotarix**  
GlaxoSmithKline Maroc  
An El Aouda  
Région de Rabat  
PV: 252.00 DH  
11001142323



**Rotarix**

Ready to use! No reconstitution required.  
Prêt à l'emploi! Aucune reconstitution nécessaire.  
Use for oral use! No reconstitution necessary.  
Utiliser pour usage oral! No reconstitution nécessaire.



Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspension oral

**Rotarix**  
GlaxoSmithKline Biologicals, s.a. - Rue de l'Institut 89  
B-1330 Rixensart, Belgium/Belgique/België  
©2018 GSK or licensee  
Trade marks owned or licensed by GSK



496024





Dr. N. Zaher

Consultant en Pédiatrie  
**Organes et Réactions**

En Ambulatoire Allergologie et Asthme  
Hôpital El Hédi (France)  
Ambulatoire aux Urgences Pédiatriques  
et Nécrologie - CHU - Nantes  
Système d'urgence de Réanimation et Urgences  
Pédiatriques Familiales à Nantes (France)

طبيب أطفال (فرنسا)

**تشخيص أمراض الحساسية والضميق**  
مساعد قسم الحساسية والضميق لدى الأطفال  
بمستشفى ستانزير (فرنسا)  
محقق سابقا بمستعجلات الأطفال والمولود  
بالمركز الجامعي بنقط  
نيوم جامعي للمستعجلات واتعاش الأطفال  
كلية الطب برين (فرنسا)

ПЕДИАТРИ Case, le : 4/8/22

Alger  
Sophie

441,00

11 Maximin

252,00  
21 Rotarix

663,00  
**PHARMACIE DE LA COLLE**  
Rég. Pharmacie - Tél. : 06 61 18 76 01  
N° 123456789 - N° 123456789 - N° 123456789  
N° 123456789 - N° 123456789 - N° 123456789  
N° 123456789 - N° 123456789 - N° 123456789

**DOCTEUR N. ZAHER**  
**PEDIATRE**  
Résidence El Walida  
199, Bd Bir Anzarane  
202255524 - Casablanca

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

إقامة الوالدة: 199 شارع بئر انزران، الطابق الأول رقم 4 (أمام إقامة خريبكة) - البيضاء - الهاتف : 05 22 25 55 24  
Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grillandière - Casablanca