

## 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° W21-763979

13/11/36

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12345	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : YAAKOUB Oum ai ma			
Date de naissance : 08/03/1984			
Adresse : 29, Rue Abou Oman El Hainie, 87Nas, Casab			
Tél. : 0662839339	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-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
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.	

ACCUEIL 27 SEP. 2012 H. HAKANI

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 : / /

ov Jel 1

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 - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	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"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000		35533411		11433553		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000																			
	35533411																			
	11433553																			
	B																			
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF :

/-

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA

/ 996370/

CONTRAT N° 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID

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 PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation specialiste	200.00		200.00		80%	160.00
44	Vaccin	663.00		663.00		80%	530.40
<b>TOTAUX</b>		863.00		863.00			690.40

## OBSERVATIONS :

### 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 Boite 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.



## DECLARATION DE MALADIE : 22186336

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

3605836 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghri Aloui Rachid

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

863,00 dh

Cachet du médecin :

EUR N. ZAHER  
PEDIATRE  
idence El Walida  
Bd Bir Anzarane  
522 25 55 94 - Casablanca

Date de la consultation :

14/17/2012

Nom et prénom du malade :

Sophia

Age

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°

CERTIFICAT N°

22186336

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :



## DECLARATION DE MALADIE : 22186336

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

360 58 36 Matricule Sté :

Medaghni Alaoui Rachid

Médical

Dentaire

Optique

863 pp. dh

Cachet du médecin :

BUR N. ZAHER  
PEDIATRE  
-idence El Walida  
Bd Bir Anzarane  
522 25 55 24 - Casablanca

Date de la consultation :

14/11/2012

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 ENGAGEES

CERTIFICAT N°

22186336



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	4/7/92	DOCTEUR M. ZAHER FED. TIRE Résidence El Walida 199 Sidi Anzarine Tel: 0522 25 55 24 - Casablanca	800 Dhs
Pharmacie	04/07/92	INPE: 092037209 PHARMACIE DE LA COLINA S. BOURG GAZETTEUR SUR INTERNET (Annonce) TVA TEL: 0522 25 55 77 / 0522 33 18 Fax: 06 61 12 30 18 PC: 265908 - Ref: 00023100 - IP: 092037209 - GISS: 4244 00045320000044 - Email: perechimene2011@hexaxim.fr	663,00
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

### VOLET DÉTACHABLE

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

05 22 25 55 24 :  
Rés. El walida, 19

Hexaxim



Rotarix

**K**  
Ready to use. No reconstitution necessary.  
No autoclaving required.  
Prepared by Kline Maroc  
Used for 40 years.

10

Oral suspension  
Suspension buvable  
Suspension oral

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

Conseils et urgences : GSM  
رقم 4 (المملمة خريبكة) - البيضاء - الهاتف : 05 22 25 55 24  
Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Jus

رقم 4 (المملة خريبكة) - البيضاء - الهاتف : 05 22 25 55 24  
Rés. El walida, 199 Bd Blr Anzarane, 1er étage N°4 Jus

卷六

49602

جامعة ابن سينا  
كلية الطب ببرين (فرنسا)  
Ex: Assistance Publique et Hôpitaux de Paris  
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (France)  
Centre Hospitalier pour les Jeunes Patients Pédiatriques  
et Malformatifs - CHU - Nantes  
Centre Universitaire d'Administration et Urgences  
Pédiatriques Faculté de la Santé (France)

الطب  
الطب  
الطب  
الطب  
الطب  
الطب  
**تشخيص اقسام اساسية والضيقه**  
مساعد قسم الصدرية والضيقه لدى الأطفال  
يمستشفى سانزير (فرنسا)  
ملحق سابق بمستعجلات الأطفال والمولود  
بالمراكز الجامعي بنقط  
بيروم جمعي للمستعجلات وانعاش الأطفال  
كلية الطب ببرين (فرنسا)

Medecin Case, le : 412122

اطفال  
سنان

412.00

11 مارس

AS

252.00

21

663.00

DOCTEUR N. ZAHER  
PEDIATRE  
Résidence El Walida  
199, Bd Bir Anzarane  
05 22 25 55 24 - Casablanca

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

05 22 25 55 24 : شارع بير الزراغ، الطريق الأول رقم 4 (الماء المثلثة خريبكة) - البيضاء - الهاتف :  
Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grillardière - Casablanca