

## 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-763973

131138

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12345

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance :

08/03/1984

Adresse :

29, rue Abou Omer El Haili, 20000, Casablanca

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

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]

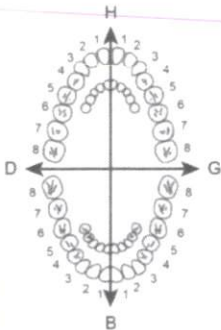
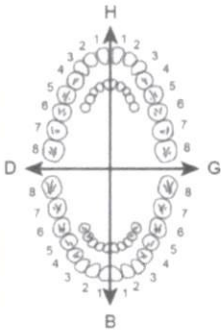
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA

/ 990709/

CONTRAT N°9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE MEDAGHRI ALAOUI RACHID

CERTIFICAT N°3605836 MATRICULE 3605836

BENEFICIAIRE : SOPHIA

DATE DE LA DECLARATION : 05/07/2022

DECLARATION N° : 22186335 / 22186335

DATE DE REMBOURSEMENT : 17/07/2022

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	679.30		679.30		80%	543.44
TOTAUX		879.30		879.30			703.44
OBSERVATIONS :							

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

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

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



### 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 autorisée par les 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.





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 : 22186335

Cachet de l'employeur

[Empty box for employer stamp]

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

879,30 dh

Cachet du médecin :

[Empty box for doctor stamp]

Date de la consultation :

10.06.2022

Nom et prénom du malade :

Medaghni Alaoui Sophia

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfants

Nature de la maladie :

[Signature]

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

[Signature]

DOCTEUR N. ZAFER  
199, Bd El Anzarane  
Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

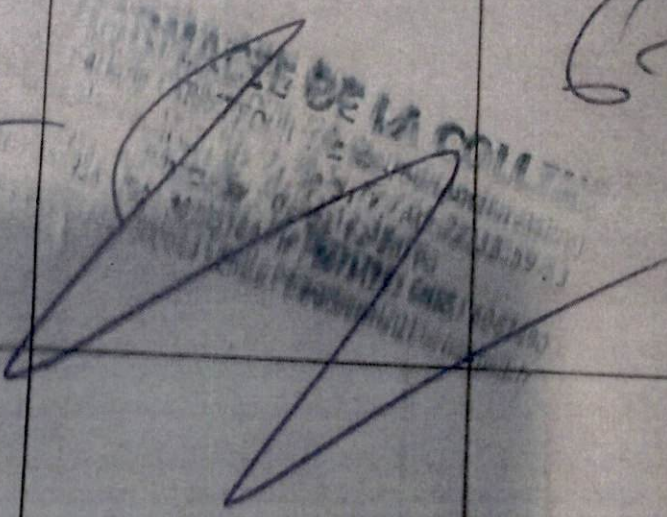
CERTIFICAT N°

22186335



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance



	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	10/6/92	DOCTEUR N. ZAHED PEDIATRE Résidence El Walid 199, Bd Bir Anzaran Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca	200 DH
Pharmacie	10/6/92		679,30
Analyses / radiologie			



DOCTEUR N. LAHER  
PEDIATRE  
Résidence Dr. Maida  
189, Bd. St. Antoine  
M. 1023 28 55 24 - Canada, 18

62910

16,3  
infant  
✓  
3,1

11 exd

212 Doudnik  
Joussif Olan  
10/6/12



الذكور  
انفسه

خبر  
نابوم  
كلية

**ouf**  
ène carboxylate de



2 بالمائة

محلول للرش  
في الأنف  
قنينة من 20 مل  
عن طريق الأنف

IDENTIFICAT

ITION  
ène carboxylate de se  
correspondante en T  
: parahydroxybenzo  
a de propyle (E 216),

PHARMACEUTIQUE

nasale pour pulvériser

PHARMACO-THERA

ATION NASALE POUR

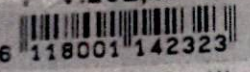
ème respiratoire).

DANS QUEL CAS U

licament est indiqué c

hume et de rhinophar

ID: 6



Rotav. / Vacuna contra rotavirus  
Pediatric use/ Usage pédiatrique/ Uso pediátrico  
**Do not inject/ Ne pas injecter/ No se inyecte**

Suspensión oral

**Rotarix**

GSK SmithKline Biologicals S.A. - Rue de l'Institut 89  
B-1330 Rixensart, Belgium/België/Belgica  
©2013 GSK or licensee  
Trade marks owned or licensed by GSK



496024

LAHER

IRE

Wnida

Anzarane

1-Casablanca

He:  
1 dose/6

Residence  
(un des)