

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-763977

131132

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123456 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 08/03/1986

Adresse : 29, Rue Abou Omar El Haili, 9 Mars, Casablanca

Tél. : 0662839339 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Complément

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

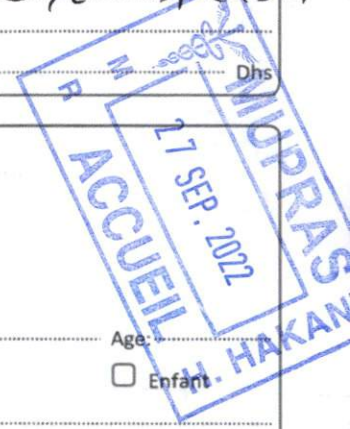
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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 : <input type="text"/>

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 : <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																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	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														



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

/ 1002856

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
CERTIFICAT N° : 3605836 MATRICULE : 3605836

DATE DE LA DECLARATION : 19/08/2022

DATE DE REMBOURSEMENT : 02/09/2022

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA
NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID
BENEFICIAIRE : SOPHIA
DECLARATION N° : 21166421 / 21166421

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	1037.00		1037.00		80%	829.60
TOTALUX		1237.00		1237.00			989.60

OBSERVATIONS :

*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 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.

BLIR 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, 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.
- Seule la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur des 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.
- Frais dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses, radiographies (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- Frais 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 remises à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- La démission 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 réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les 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 éviterez toute correspondance inutile, et nos traitements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

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

Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085487 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 : 2 1166421

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
1237,00 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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°

2 1166421



تامين الوفاء
Wafa Assurance

818/90 DOCTEUR N. ZAHER
PEDIATRE
Résidence El Walida
199, Bd Bir Anzarane
Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR S.M. (Ancien Makro)
Casablanca - Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
Fax: 05 22 12 38 18
RC: 266958 - Pat: 3003109 - IF: 50720792 - GHS: 6043492
ICE: 000483820000044 - Email: peracetamol2011@hotmail.fr

INPE : 092037209

VOLET DÉTACHABLE

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

Lauréat de la Faculté de Nantes (France)

Urgences et Réanimation Néonatale

Ex Assistant Allergologie et Asthme

Infantiles Hôpital Saint-Nazaire (France)

Ancien Attaché aux Urgences Pédiatriques

et Néonatalogie - CHU - Nantes

Diplôme Universitaire Réanimation et Urgences

Pédiatriques Faculté de Rennes (France)

خريج كلية الطب بنانط (فرنسا)

تشخيص أمراض الحساسية والضيقة

مساعد قسم الحساسية والضيقة لدى الأطفال

بمستشفى سانزير (فرنسا)

ملحق سابقا بمستعجلات الأطفال والمولود

بالمركز الجامعي بنانط

دبلوم جامعي للمستعجلات وإنعاش الأطفال

كلية الطب برين (فرنسا)

MEDICINIER ALGERI Casa, le : 07/07/22

760,00
1. Entretien

277,00
2. Entretien

1037,00

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR S.M. (Ancien Makro)
Casablanca - Tél: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
Fax: 05 22 12 38 18
RC: 266958 - Pat: 3003109 - IF: 50720792 - GHS: 6043492
ICE: 000483820000044 - Email: peracetamol2011@hotmail.fr

DOCTEUR N. ZAHER
PEDIATRE
Résidence El Walida
199, Bd Bir Anzarane
Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

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

Pfizer Manufacturing Belgium N.V.
Rijksweg 12
B-2870 Puurs
Belgique

AMM N° 580/18DMP/21/NRS



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

PAA167121

COMPTON PEDERSEN
199, B. 25, 57A
Presidente de la
Comisión de
Censura de
Cruzada
Cruzada

Conseils et urgences : GSM : 06 61 18 76 01

VOLET DÉTACHABLE

[illegible]

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant 818/900CTEUR N/AALIER PEANAYRE Résidence El Walida 199, Bd Bt Anzarane Tel : 0622 25 55 24 - Casablanca		200 D-11
Pharmacie 07/07/20	PHARMACIE DE LA COLLINE Surrounding Casablanca Casablanca - Tel : 06 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53 RC : 260598 ICE : 400 483820600044 - Email : paraadit@phobmail.fr INPE : 092037209	1037,00
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		