

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **066.98** Société : **BAAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FATHI LI DRISS**

Date de naissance : **01-03-1966**

Adresse : **Anga New City - Beldi et D. apt 62  
Cas.**

Tél. : **06.6.2.31.0.133** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : **BENNIS GHITA** Age : **48**

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 : **Cas.** Le : **08/12/22**

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 prescrivant 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.
- Lorsque la personne soignée bénéfice 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, note d'honoraires et ordonnances remis 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 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 remise 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 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.

**Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.**



VOLET DÉTACHABLE

Wafa Assurance



تأمين الوفاء

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOCUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE 00008373600004  
S.A. au capital de 350.000.000 dh. - Entreprise régie par l'loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.wafaassurance.ma](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 14735270

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél: 05 22 50 78 09

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : BENKIRANE Hind Age 48 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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

: ..... CERTIFICAT N° :

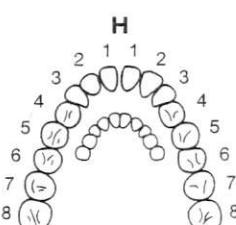
14735270



Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	02/09/22 Dr. BENKIRANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle tel.: 05 22 90 78 09	Ca
Pharmacie	02/09/22 GRANDE PHARMACIE DU MAROC Mme. DEBBACHE Naima Place Bandoueng - Casablanca	201,50
Analyses / Radiologie	06/09/22 RADIOLOGIE 27, Rue lila abou Madi Appart N°3 - Casablanca Té: 022 33 33 00	100000
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

SOINS	PROTHESE
 <p>Le praticien couvre de hachures 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</p>	<p><b>H</b></p> <p>2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p><b>D</b></p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p><b>G</b></p> <p>8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p><b>B</b></p>
	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins</p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>
	<p>Date : </p>
	<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>
	<p>Date de l'appareillage : </p>

## VOLET DÉTACHABLE

## Docteur Hind BENKIRANE

## Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

## Ancienne interne des Hôpitaux de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse
  - Thérapie par onde de choc
  - Thérapie par PRP

## الدكتورة هند بنكريان

خريجة كلية الطب بلبيس

## طبية داخلية سابقاً بمستشفى مونبليي وباريس

## دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

## دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

## التداوی بالدم

Casablanca, Le

Echocardiogram. C.R. 4/24  
off reflect C.  
(or possibl. d-clust.)

**DR. BERNARDINUS VAN DER LINDE**  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Radioprotection Fonctionnelle  
Tél.: 06 22 80 78 09

Dr. BERNHARD HIND

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tel.: 03 22 90 78 09

# Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique

et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse

- Thérapie par onde de choc

- Thérapie par PRP

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي -

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبليي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القسم بمونبليي

- فحص بالصدى للمفاصل والعضلات

- التداوي بالدم

Casablanca, Le :

02/09/2022

M. Berrada

client

61,50

0 7081 160



140,00

140/0



201,50

GRANDE PHARMACIE DU MAROC  
Maison de BEACH BENNIS Naima

Dr. BENKIRANE Hind  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Tél.: 0522 90 78 09



102، شارع أم الريبيع، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا  الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia  Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane@gmail.com



**Dr. Mustapha AKIKI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. M. AZ El-Arab BERRADA**

Spécialiste en Radiologie  
Ex Enseignant à la Faculté de  
Médecine

**Dr. Hakima BENKIRANE  
Ep. Benjelloun**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd  
Diplômée de Paris  
en Imagerie de la femme

**Dr. Imad HANAFI**

Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Ex. Praticien hospitalier  
des hôpitaux de Paris  
Radiologie Conventionnelle  
et Interventionnelle

Casablanca le 06/09/2022

**PATIENT : BENNIS GHITA**  
**MEDECIN TRAITANT : DR. BENKIRANE HIND**  
**EXAMEN REALISE : ECHO-DOPPLER DU MEMBRE INFERIEUR GAUCHE**  
H.

Axes ilio-fémoraux perméables.

Aspect morphologique et vélocimétrique Doppler couleur normal  
des veines superficielles et profondes du membre inférieur.  
Continences ostiales et tronculaires des veines saphènes.

**Au total**

**Echo-doppler veineux des membres inférieurs ne  
montrant pas d'anomalie.**

**N.B/** L'étude du mollet gauche ne met pas en évidence d'hématome ou  
de tout stigmate de déchirure musculaire.

Confraternellement

DR. HANAFI

INPE: 091202275

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC,  
utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK470422

Mot de Passe : AK224603

- IRM Haut champ
- Scanner Spiralé Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle



Nom & prénom : BENNIS GHITA

FACTURE N° : 22/017259

Date : 06/09/2022

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
ECHO DOPPLER DES P.MOLLES	1 000,00
<u>Total Montant</u>	
	1 000,00

RADIOLOGIE Abou Madi  
27 Rue Ilya Abou Madi  
Appart N°3 - Quartier Gautier - Casablanca  
Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : TPE Le 06/09/2022

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

Radiologie Aboumadi : S.A.R.L au Capital de 740.000,00 DH - 27 Rue Ilya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20060 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com  
RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : SOCIETE PLASTIFER  
 NOM DE L'ASSURE : BENNIS GHITA  
 BENEFICIAIRE : BENNIS GHITA  
 DECLARATION N° : 14735270 /

/ 101165/7 CONTRAT N° : 9122 60 / 511300  
 CERTIFICAT N° : 6937791 MATRICULE : 6937791  
 DATE DE LA DECLARATION : 02/09/2022  
 DATE DE REMBOURSEMENT : 28/09/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
14	Radiologie	1000.00		1000.00		85%	850.00
15	Pharmacie	201.50		201.50		85%	171.28
<b>TOTAUX</b>		1201.50		1201.50			1021.28
<b>OBSERVATIONS :</b>							

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