

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06626 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : FACHHTALI DRIS
 Date de naissance : 04/03/1966
 Adresse : Anfa - Casablanca - Bâtiment D - appart 62
 Tél. : 066131033 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BGNIS. GHITA 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 : Casablanca Le : / /

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 bénéficie 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 Boite 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

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

Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - 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

DECLARATION DE MALADIE : 14.735271

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Matricule Sté :

BENNI'S GHITA

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

:

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél. 052 90 98 03

Date de la consultation :

09/05/2013

Nom et prénom du malade : BENNI'S GHITA

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

14735271



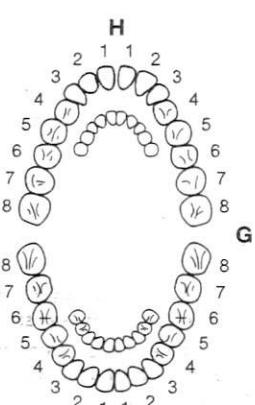
DECLARATION :
CONTRAT N° : CERTIFICAT N° :
NOM DU MALADE :
DATE DE CONSULTATION :
TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	09.09.2029 Dr. BENKIRANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tel: 051-201809	6
Pharmacie		
Analyses / Radiologie	09.09.2029 Dr. BENKIRANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tel: 051-201809	2160,00 DH
Auxiliaires médicaux		

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des surfaces 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>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>	
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <div style="text-align: right;">  </div>	
<p>Date : <input type="text"/></p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> </div>	
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <div style="text-align: right;">  </div>	
<p>Date de l'appareillage : <input type="text"/></p>	

VOLET RÉTACHABLE

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

Docteur Hind BENKIRANE

Reclaliste en Médecine Physique

Réadaptation Fonctionnelle

Collège de la Faculté de médecine de Lévis

Séminaire de la faculté de médecine interne des Hôpitaux

Classe interne des Hopitaliers Paris et de Montréal

Paris et de Montpellier

J de Traumatologie du Sport

J de Podologie de Montpellier

Chéiographie ostéo-articulaire

Thérapie par onde

الدكتورة هند بنكيران
اختصاصية في الطب الفيزيائي
و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بليبيج

طبية داخلية سابقاً بمستشفى مونتلي و ياريس

دراهم في الدفع الخاتمة عن الياضة بادس

دبلوم في أمراض القلب والمنسلي

فُحْصَ بِالصَّدَقَةِ

Casablanca, Le

9/29/2012

7 ~~Seiji~~ Ch. 1

12 règles de Réduction
pour l'algèbre jumelle
interne

Dr. BENKIPANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tel: 06 22 39 78 03

Dr BENKIRANE Hind

Spécialiste en médecine physique

et réadaptation fonctionnelle

DIU de traumatologie du sport et
de podologie

CASABLANCA LE : 14/11/2022

Mr/Mme/Mlle :

Mme BENNIS Ghita

Facture N° :

20762022

COPIATION N°1

Désignation	N.S	P.U	Montant
Rééducation pour élongation jumeau interne	12	180	2 160,00
19/10/2022 02/11/2022			
21/10/2022 04/11/2022			
24/10/2022 07/11/2022			
26/10/2022 09/11/2022			
28/10/2022 11/11/2022			
31/10/2022 14/11/2022			
Arrêtée la présente Facture à la somme de:		total	2 160,00
Deux Mille Cent Soixante dirhams			

Dr BENKIRANE Hind
Spécialiste en médecine physique et réadaptation fonctionnelle
Tél: 0522 22 00 12 03

BENKIRANE Hind
BENKIRANE Hind

Spécialiste en médecine physique



Casablanca le 06/10/2022

SOCIETE PLASTIFER
20 BD ALI BEN AHMED AIN SEBAA
CASABLANCA

INTERMEDIAIRE : BEASSUR sarl
CONTRAT : 60/511300
NOM DE L'ASSURE : BENNIS GHITA
CERTIFICAT : 6937791 / 6937791
DECLARATION : 14735271/chg
FRAIS ENGAGES : 2160.00

PLASTIFER
Reçu le KM

OBJET : LETTRE D'ACCORD

Messieurs,

Nous accusons réception de la déclaration maladie citée en référence et avons l'honneur de vous donner notre accord pour :

Nature des soins : 12 SEANCES DE REEDUCATION.(sous réserve d'un calendrier des séances).
Médecin traitant : BENKIRANE
A hauteur de : 1530.00
Bénéficiaire : BENNIS GHITA

A la fin du traitement, un reçu dûment acquitté ainsi que les pièces justificatives devront nous être adressés.

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante et tant que le contrat souscrit auprès de notre compagnie est en vigueur.

Les remboursements seront effectués suivant les conditions contractuelles en vigueur à la date d'exécution des actes et ce, dans la limite du plafond disponible et des taux prévus au contrat.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

INDEMNISATIONS SANTE

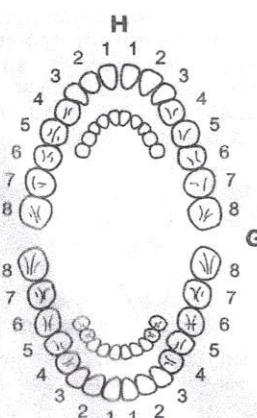
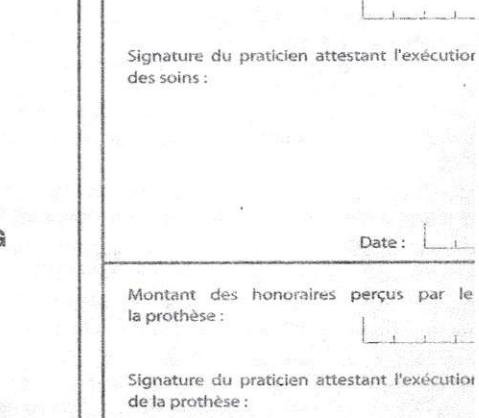
NB: Accord valable pendant 3 mois ,
sous réserve d'un éventuel contrôle médical.
cet accord ne peut être considéré comme une prise charge.

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	09.10.91 2029	Dr. BEMKIRINE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Professionnelle Tel.: 05 21 37 10 09 6
Pharmacie		
Analyses / Radiologie	Dr. BEMKIRINE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Professionnelle Tel.: 05 21 37 10 09 200	2160,00 DH
Auxiliaires médicaux		

000'

leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes

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>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : <input type="text"/></p>	
		<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>	
		<p>Date : <input type="text"/></p>	
		<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/></p>	
		<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>	
		<p>Date de l'appareillage : <input type="text"/></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.

BENKIRANE Hind

Spécialiste en médecine physique

et réadaptation fonctionnelle

DIU de traumatologie du sport et

de podologie

CASABLANCA LE: 10/09/2022

DEVIS

Nom :

Mme BENNIS Ghita

COTATION : KMP

Désignation	N.S	P.U	Montant
Rééducation pour élongation jumeau interne	12	180	2 160,00
Arrêtée le présent devis à la somme de:			total 2 160,00

Deux Mille Cent Soixante dirhams

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tel.: 05 2 31 73 09