

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-784964

148083



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11953

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

DABUDI INOURA

Nom & Prénom :

12/03/82

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664862048

Total des frais engagés :

200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 plconfidential 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

TSR

Le : 27/01/23

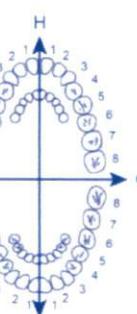
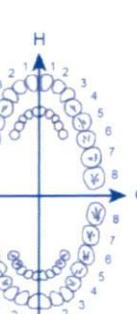


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
					<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
					<b>Montants des Soins</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
					<b>Début d'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
					<b>Fin d'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		B		35533411		11433553	
H		21433552																							
25533412		00000000																							
00000000		00000000																							
D		B																							
35533411		11433553																							
		<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																							
		<b>Montants des Soins</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																							
		<b>Date du Devis</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																							
		<b>Date de l'Execution</b> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>																							



CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 1048 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR

CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE: 2237083

BENEFICIAIRE : MOUKDAR MOUNIR

DATE DE LA DECLARATION : 06/01/2023

DECLARATION N° : 22557876 / 22557876

DATE DE REMBOURSEMENT : 23/01/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
9	Pratique medicale courante	1000.00		1000.00		80.0%	800.00
15	Pharmacie	158.50		158.50		80.0%	47.60
TOTALS		1158.50		1158.50			847.60
OBSERVATIONS : nr; synergia							
<b>WANA CORPORATE s.a</b> Direction Support & pilotage RH Lot La Colline II, Lot 1&2 Sidi Maârouf - 20190 Casablanca Tel: 0529 000 000 / Fax: 0529 000 400							

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

## 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 et 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

Veuillez 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 la loi n° 17 99 portant code des assurances  
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 22557876

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

: 1158,5

Matricule Sté :

MOUNIR MOUKDAR

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : MOUNIR MOUKDAR Âge 45

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfants

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° : ..... CERTIFICAT N° :

NOM DU MALADE :

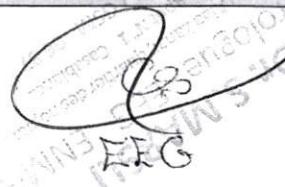
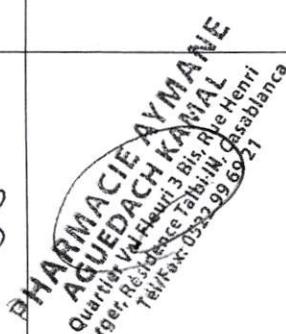
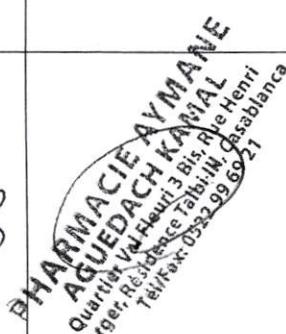
DATE DE CONSULTATION :

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

22557876



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	06.01.23 	3000H 2000H
Pharmacie	6/1/23  	158,50
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

## VOLET DÉTACHABLE

05 22 86 31 33 06 82 19 33 10 drsaramarsli@gmail.com  
75, Rue Abou Alaa Zahar, 1er étage N°1, Quartier des Hôpitaux - Casablanca

## CABINET DE NEUROLOGIE ET DE NEUROPHYSIOLOGIE

**Dr. S.MARSLI**

**(EEG-Vidéo/ EEG sommeil/ ENMG)**

75, rue Abou Alaa Zahar, Quartier de Hôpitaux, Casablanca

Tél: 0522863133 / 0687193310

drsaramarsli@gmail.com

### COMPTE RENDU D'ELECTRO-ENCEPHALOGRAPHIE (EEG)

Nom Complet: MOUKDAR MOUNIR	Date examen: vendredi 6 janvier 2023
Date de naissance: 30/09/1977	
Sexe: Masculin	

#### Renseignements cliniques: Troubles mnésiques paroxystiques

#### Interpretation du tracé :

- Activité fondamentale représentée par un rythme de fond alpha (8 - 9 Hz), à prédominance postérieure, symétrique et réactif à l'ouverture des yeux.
- Absence de décharges paroxystiques pathologiques.
- Absence de ralentissement
- La SLI et HPN ne modifient pas le tracé.

#### Conclusion:

Tracé EEG de veille sans anomalies.

Dr. S. MARS LI  
EEG-ENMG  
75, rue Abou Alaa Zahar, quartier des hôpitaux  
Casablanca  
Tél: 0522863133 / GSM: 0687193310



# Neurologue

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب



## CABINET DE NEUROLOGIE ET DE NEUROPHYSIOLOGIE

**Dr. S.MARSLI**

**(EEG-Vidéo/ EEG sommeil/ ENMG)**

75, rue Abou Alaa Zahar, Quartier de Hôpitaux, Casablanca

Tél: 0522863133 / 0687193310

drsaramarsli@gmail.com

## RECU DE PAIEMENT

**Date: 06/01/2023**

**Mr: MOUKDAR Mounir**

**Examen réalisé:**

**- EEG de Veille**

**A la somme totale de ....700 DHS (Sept cents dirhams)**

Dr. S. Marsli  
Neurologue  
75, rue Abou Alaa Zahar, Quartier de Hôpitaux, Casablanca  
Tél: 0522863133 / GSM: 0687193310  
Email: drsaramarsli@gmail.com  
Date: 06/01/2023  
Signature: Dr. S. Marsli