

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11953		Société : 188465	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DAOUADI BOUZAACHANE
Nom & Prénom : DAOUADI BOUZAACHANE		Date de naissance : 10/03/1980	
Adresse : _____			
Tél. : 0662775031		Total des frais engagés : 220 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019	<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin : </p> <p>Date de consultation :/...../.....</p> <p>Nom et prénom du malade : Age:</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">MUPRAS 27 DEC. 2023 ACCUEIL I. BOUZAACHANE</p>
--------------------------------------	--

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 : **CAIR** Le : **26/12/23**
Signature de l'adhérent(e) : 



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 1150 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR

CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE:2237083

BENEFICIAIRE : HAFSA

DATE DE LA DECLARATION : 22/09/2023

DECLARATION N° : 22524467

/ 22524467

DATE DE REMBOURSEMENT : 04/10/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	300.00	0.00	300.00	0	80.0%	240.00
14	Radiologie	800.00	0.00	800.00	0	80.0%	640.00
TOTALS		1100.00	0.00	1100.00			880.00
OBSERVATIONS :							

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

WANA CORPORATE S.A
 Direction Support & pilotage RH
 Administration du personnel
 Lot la Colline II, Lot 1 & 2
 Sidi Maârauf - 20190 Casablanca
 Tél : 0529 000 000 / Fax : 0529 000 400
 09/23

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, paradontoses 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 : conformité@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 évitez 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 la loi n° 17/99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 22524467

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

MOUKDAR MOUNIR

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

: 1100

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

17.08.2023

Nom et prénom du malade :

HAFSA MOUKDAR

Âge

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Douloureuse

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

22524467

DECLARATION

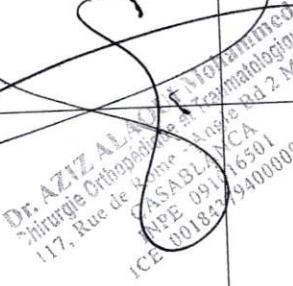
CONTRAT N° : CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE :

DATE DE CONSULTATION :

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

Wafa Assurance

		paiement des dettes
		13/8/23 S #3000 DH
		
		
	18.08.23	Rx Rachis en totalité F+ 8 RADILOGIE SOCRATE 809,00 Angla Bd. Brahim Roudani Rue Kassih Eddine Rés. Anta 1 - Casablanca Dr.J.BENNANI Radiologue
	2/9/23	 GRARI Samia Kinésithérapie et petite val fleur 14, Rue El Moudawine Val Fleur Casablanca Tél.: 05 22 25 50 24

VOLET DÉTACHABLE

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

Médecine de Sport
Lauréat de la Faculté de Médecine
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars
2^{ème} Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11
E-mail : azizalaouim59@gmail.com



Casablanca, le

19/9/23

الطب الرياضي
خريج كلية الطب بتولوز
117، زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس
طريق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء
05 22.86.02.11 - 05 22.85.51.52:
الإلكتروني: azizalaouim59@gmail.com

الدار البيضاء في

2^{me} JOUR DIR
HAFSA

Dorsalgie

12 séances

réinjection

Oxydilipre

Hygiène rachidien

Travail Domestique


Dr. AZIZ LAOUIM
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
117, Rue de Kounta - Viale Bd 2 Mars
INPI: 091016501
ICE 00184394000096

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUESSI
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

له الاستعجال: مصحة أنوال
زنقة زكي الدين الطاوسى
05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

الدكتور عز

أمراض وجراح

المفاصل

الطب

خريج كلية

ـ، زنقة روما

الطابق الثاني (فوق)

الهاتف: 05 22.85.51.52

البريد الإلكتروني: com

ـ

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°01383/23

CASA LE 18.08.23

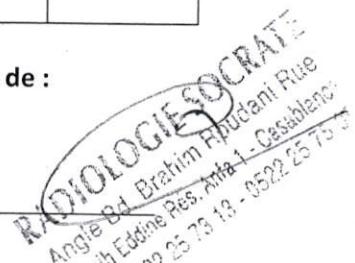
Nom & prénom :
MOUKDAR HAFSA

Examens	Prix
Rx Rachis en totalité F+P	800.00
TOTAL :	800.00

8.08.2012

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Huit cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087



faite
Signature

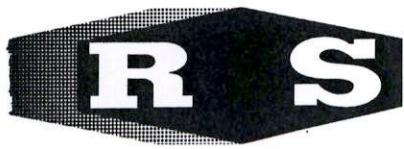
attesté
Signature
2 Mars

16

)

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUESSI
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الاستعجال : مصحة أنوال
14، زنقة زكي الدين الطاوسى
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذه العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA LE : 18 août 2023

NOM : MOUKDAR
PRENOM : Hafsa
MEDECIN TRAITANT : DR. AZIZ ALAOUI MOHAMMED

Rachis en totalité F+P

- Légère inflexion scoliotique dorsale à convexité gauche mesurée à 3,7° (vertèbres de référence sont D4 et D10).
- Absence d'anomalie de la statique rachidienne dans le plan sagittal (l'angle lombo-sacrée est mesuré à 34,6° et le flèche de lordose mesure 14,9 mm).
- Discrète bascule du bassin de 5,6 mm vers la droite.
- Le test de Risser est côté à 0.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J.BENNANI

Dr.J.BENNANI
Radiologue
RADIOLOGIE SOCRATE
Anf 1 - Résidence Anfa 1 - Casablanca
Angle Bd. Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine (Prolongement Socrate) - Résidence Anfa 1
Casablanca - Tél. : 05 22 25 73 13 / 05 22 25 75 05 - E-mail : rxsocrate@gmail.com