

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 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 une fois par an.

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

W21-843011

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12347 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 95902

Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima

Date de naissance : 08/03/1984

Adresse : 29, Rue Abou Ouman El Hailo, 22 av, Casablanca

Tél : 0662839335

Total des frais engagés :

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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : anque

VOLET ADHÉRENT

Déc

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, 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 remises 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

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

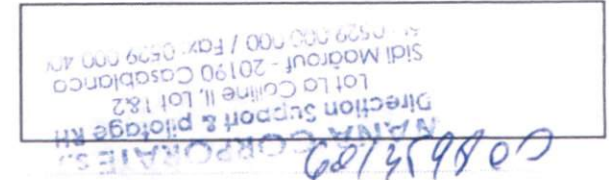


تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL. 05 22 54 55 55 - R.C. 31 719 - I.F. 01065467 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 : 23917900

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

N° affiliation :

3605836 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghi Alaoui Rachid

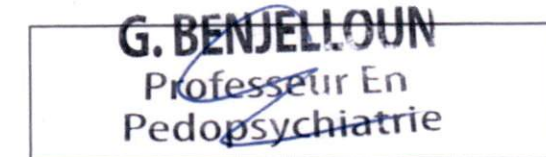
Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

4050,00 dh

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

11.01.2024

Nom et prénom du malade :

Medaghi Alaoui Sophia

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfants

Nature de la maladie :

Trouble pédopsych

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

[Signature]

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGES :

CERTIFICAT N°

23917900



تأمين الوفاء
Wafa Assurance



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 12020 /
29
NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID
BENEFICIAIRE : SOPHIA
DECLARATION N° : 23917900 / 23917900

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
CERTIFICAT N° : 3605836 MATRICULE: 3605836
DATE DE LA DECLARATION : 31/01/2024
DATE DE REMBOURSEMENT : 08/02/2024

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
4	Consultation psychiatre et neuropsychiat	650.00	0.00	400.00	0	80.00%	320.00
14	Radiologie	3400.00	0.00	3400.00	0	80.00%	2720.00
TOTAUX		4050.00	0.00	3800.00			3040.00

OBSERVATIONS :

Cs psy 400dh

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

15/1/2014

Rapport Policiel

Nadja Alaoui sophie
présente un TSA (trouble
spécifique autistique) reçoit
éducation spécialisée Dever
et psychomotricité

• IRM Haut champ/IRM Cardiaque • Scanner Multibarette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanner • Echographie/Echo doppler
• Fibroscan • Radiologie standard numérique • Mammographie numérique • Radiologie interventionnelle • Coroscan sur rendez-vous

13/01/2024

PATIENT : MEDAGHRI ALAOUI SOPHIA

PRESCRIPTEUR: REANIMATEUR ANESTHESISTE

IRM CEREBRALE

Technique :

Sagittales T1.

Axiales T2, T2, Flair et diffusion.*

Séquences angiographiques

Résultat :

- Absence d'anomalies de signal décelable aux étages sus et sous tentorielle
- Absence d'anomalies corticales décelable
- Absence de foyer ischémique individualisable
- Absence de stigmates hémorragiques
- Absence de processus occupant expansif
- Absence de collection péri cérébrale
- Système ventriculaire médian de taille normale.
- FCP sans anomalies
- Citernes de la base libre
- Absence d'anomalies sur les séquences angiographiques

Conclusion :

- Absence d'anomalies notables sur cet examen

Merci de votre confiance.
DR ILYAS ZAKARIA

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacswebcbb.ddns.net/>

identifiant : HIS672167306531 ; Mot de passe : HIS4098

10/11/2024

Mdghi Akadi Sofie

TSA - Dps. a l'hopital

I R 17 weeks

Service Radiologie
Clinique du Bien-Etre
Bouskoura



NOTE D'HONORAIRES

G. BENJELLOUN

Je soussigné Dr. **Professeur En**
Pedopsychiatrie
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à
Mr(me) Medaghri A. (Acet) Sophia et lui présenter
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son
hospitalisation à la clinique du 10/01/2024 au 10/01/2024,
soit la somme de 650 DH

Fait à Casablanca, le 10/01/2024

Signé :

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le: 13-01-2024

Facture N° 00285/24				C. Débiteur		
A. Identification				page 1/1		
N° Dossier : CBB24A13095253				N° Identifiant : 004098/24		
Nom & Prénom : bebe MEDAGHRI ALAOUI SOPHIA				Organisme : Payant		
C.I.N :				ICE : Adresse :		
Adresse : 29RUE ABOUOMAR HARIT ETAGE 2 N 7CASA				D. Période d'Hospitalisation		
				Date Entrée : 13-01-2024		
				Date Sortie : 13-01-2024		
Médecin traitant : DR. REANIMATEUR ANESTHESISTE				Traitement :		
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	SEDATION		600,00			600,00
						Total Rubrique : 600,00
RADIOLOGIE						
1	IRM CEREbraLE		2 800,00			2 800,00
						Total Rubrique : 2 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :			PARTIE CLINIQUE :		3 400,00	
Arrêté la présente facture à la somme de :					0,00	
			TOTAL GENERAL		3 400,00	

TROIS MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré