

# 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.

W21-843011

Maladie  Dentaire  Optique  A

Cadre réservé à l'adhérent (e)   
 Matricule : **12345** Société : **RAMI**

Actif  Pensionné(e)  Autre : **YAAKOUBTI Oumaima A95902**

Nom & Prénom : **YAAKOUBTI Oumaima**  
 Date de naissance : **08/03/1984**  
 Adresse : **29, Rue Abou Oman El Haml, 27a, Casablanca**  
 Tél. : **0662839335** Total des frais engagés :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin  
 Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....  
 Nom et prénom du malade : **YAAKOUBTI Oumaima** 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<sup>h</sup> 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) : **YAAKOUBTI Oumaima**



# 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 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

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



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

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

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

41 - 0529 000 000 / Fax: 0529 000 401  
SIDI Moulouf - 20190 Casablanca  
Lot 10 Colline 11, Lot 182  
Direction Supérieure à l'Innovation  
NATIONAL CREDITOR

3605836 Matricole Sté :  
Medaghri Aloui Rachid

Médical  Dentaire  Optique

4050,00 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : Medaghri Aloui Sophia Âge

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfants

Nature de la maladie :

Toulou le pédopéy

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

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

CERTIFICAT N°

23917900

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	10/01/2021 G. BENJELOUN Professeur En Pedopsychiatrie	650 DH
Pharmacie		
Analyses / Radiologie	le. 13-01-21 IRM CERRAL. avec SEDATION. Voir facture	3400 DH.
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

<b>SOINS</b>	<b>PROTHÈSE</b>	
<p><b>H</b></p>		Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins <hr/>
<p><b>G</b></p>		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins
<b>D</b>		Date: <input type="text"/>
<p><b>B</b></p>		Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse <hr/>
		Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse
<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>		Date de l'appareillage: <input type="text"/>

8

## VOLET DÉTACHABLE

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

**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	0.8000%	320.00	
14	Radiologie	3400.00	0.00	3400.00	0.8000%	2720.00	
TOTALS		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

## Rapport Médical

Nadège Aloui Sophia  
présente un TSA (trouble  
spécifique d'apprentissage)  
et psychomotricité

Clinique Villa des Lilas, Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Club et rue des Platofomes 1, Casablanca 20200, Maroc  
Capital : 10.000.000 Dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 36002344 • CNSS : 8596283  
Tél : +212 522 774 170 • E-mail : contact@villadeslilas.ma  
www.villadeslilas.ma • cliniquevilladeslilas

- IRM Haut champ/IRM Cardiaque • Scanner Multibarette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanner • Echographie/Echo doppler
- Fibroscan • Radiologie standard numérique • Mammographie numérique • Radiologie interventionnelle • Coroscanner 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.  
Clinique du Bien-Être  
DR ILYAS ZAKARIA

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

identifiant : HIS672167306531 ; Mot de passe : HIS4098

Casablanca, le 10/11/2014

Mdghi Rabi Sophie

TSA - Disp. à l'abri

IR7 cendre

Service Radiologie  
Clinique du Bien-Etre  
Bouskoura

2014

NOTE D'HONORAIRES

**G. BENJELLOUN**

Professeur En

Pedopsychiatrie

Je soussigné Dr. ....  
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à  
Mr(me) Medaghri A (Aocit Sophia) et lui présenter  
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son  
hospitalisation à la clinique du / / au / /,  
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						
A. Identification				C. Débiteur		
N° Dossier : CBB24A13095253 N° Identifiant : 004098/24				Organisme : Payant		
Nom & Prénom : bebe MEDAGHRI ALAOUI SOPHIA				ICE : Adresse :		
C.I.N : 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
<b>PRESTATIONS</b>						
1	SEDATION		600,00			600,00
					Total Rubrique :	600,00
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	IRM CEREBRALE		2 800,00			2 800,00
					Total Rubrique :	2 800,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b> 3 400,00						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b> 0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de : <b>TOTAL GENERAL</b> 3 400,00						
TROIS MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS						

signature de l'assuré