

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule : NEO 74

Société : BAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAM B B H A 7 rechadija

Date de naissance : 26/10/1978 100

Adresse :

Tél. : 0673 5386 91 Total des frais engagés : 710.40

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HALOMANE Non RE DD S NE Age : 17

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vaccin

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/le 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 : Carabt Le : 1/11/24

Signature de l'adhérent(e) : Dam B B H A 7

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

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

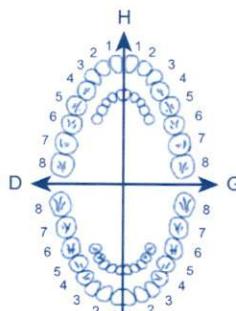
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

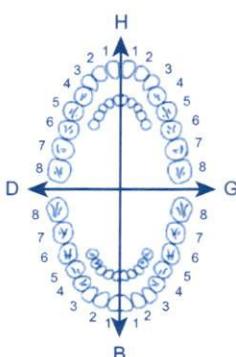
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 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 éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
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 : 23917875

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté :

HALONANE SALAH

Médical

Dentaire

Optique

70.40

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : HALONANE Nourreddine Age 160826

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°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°

Noureddine

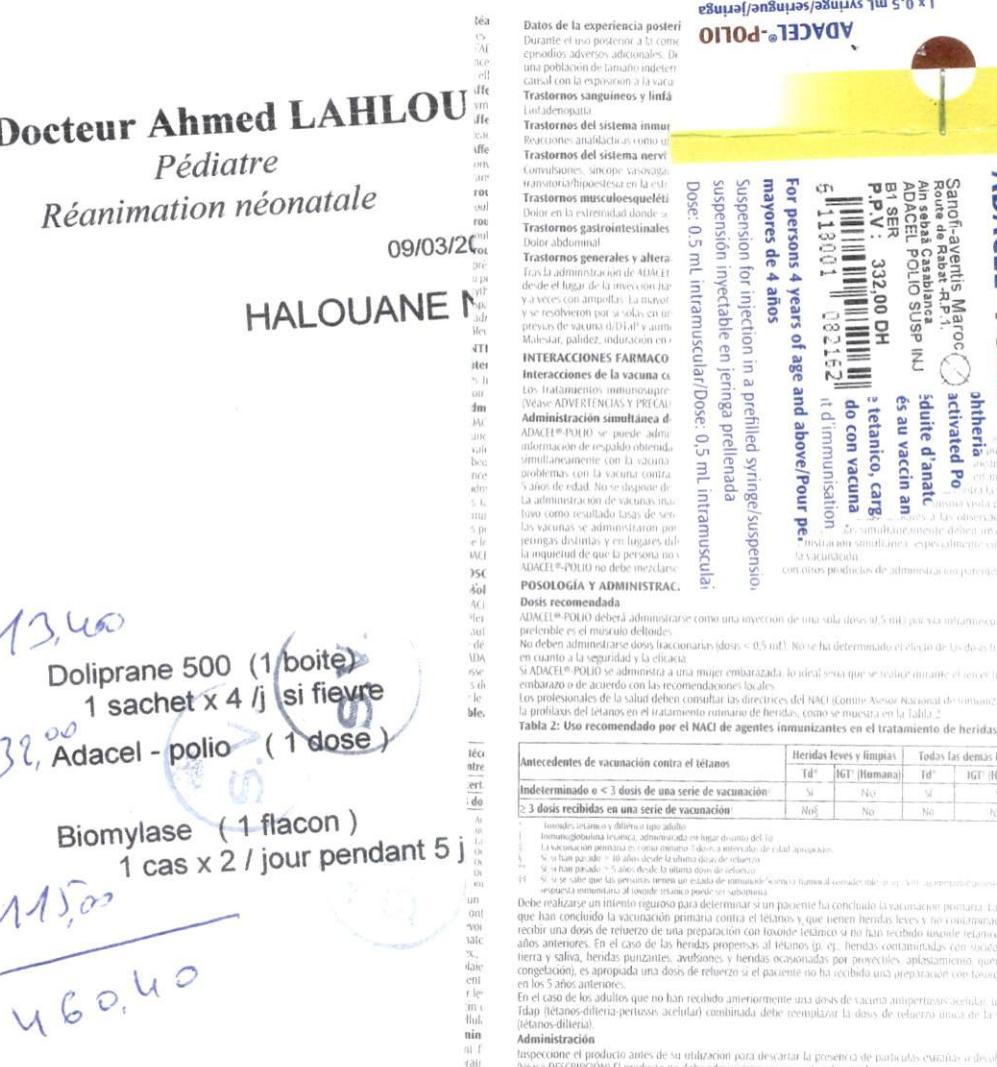
23917875



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	09/03/2012 Dr. AHMED LAHLOU PEDIATRE 903 AV. 2 Mars Casablanca 91088930	250
Pharmacie	09.03.2012 Dr. AHMED LAHLOU PEDIATRE Mme SOUALI Naima Docteur En Pharmacie 0522 21 40 32 54	460,40
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

VOLET DÉTACHABLE



شارع 2 مارس . الطاقي الأول. الدار البيضاء. الهاتف 903 0661196260 / 0522527083 / 0555526263 INP 91088930

1 x 0,5 ml syringe/seringue/jerenga
ADACEL®-POLIO

ADACEL®-POLIO
Sanofi-aventis, Maroc
Route de Rabat-R.P. 1
Av. Sébaâ Casablanca
ADACEL®-POLIO SUSP INJ
B/ SER. P.P.V.: 332,00 DH
5 113001 082152
Suspension for injection in a pre-filled syringe/suspension
suspension injectable en jeringa prellenada
Dose: 0,5 mL intramuscular/Dose: 0,5 mL intramuscular
For persons 4 years of age and above/Pour personnes de 4 ans et au dessus
mayores de 4 años
suspension injectable en jeringa prellenada
suspension injectable en jeringa prellenada
es au vaccin anti-tétanos et anti-polio
à la vacuna antitetánica y antipolio
d'immunisation simultanée
la vacunación simultánea, especialmente cuando se
utilizan otros productos de administración parenteral

ad
bacteriología
admixta, en el caso de la vacuna
en el caso de la vacuna
una vacuna del grupo
es au vaccin anti-tétanos
a la vacunación simultánea, especialmente cuando se
la vacunación simultánea, especialmente cuando se
utilizan otros productos de administración parenteral

Datos de la experiencia posterior
Durante el uso posterior a la administración de episodios adversos adicionales. De una población de tamaño indeterminado causal con la exposición a la vacuna Trastornos sanguíneos y linfáti

Trastornos del sistema inmunitario: anafilaxia como un Trastornos del sistema nervio
Comúnmente, aunque raramente, se han observado hipotensión arterial y convulsiones. Dolor en la extremidad donde se administró la vacuna. Trastornos gástrico-intestinales: dolor abdominal.

Trastornos generales y alteraciones del humor: tras la administración de ADACEL®-POLIO de la inyección con jeringa y ampolla. La mayoría se resolvieron por sí solas en un período de vacuna de 10 días. Aunque hubo dolor, pálida, induración en el sitio de la inyección.

INTERACCIONES FARMACO
Interacciones de la vacuna con los tratamientos inmunosupresores: véase ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES.

Administración simultánea de ADACEL®-POLIO
ADACEL®-POLIO se puede administrar simultáneamente con el polio, la vacuna antitetánica y la vacuna de la difteria y la tos ferina a los 4 años de edad. No se dispone de la información sobre la administración simultánea de vacunas, incluyendo como resultado tanto de las vacunas se administraron juntas y en lugares diferentes y en lugares diferentes. Se recomienda que la persona que se administró ADACEL®-POLIO no debe mezclarla con otras vacunas.

POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN

Dosis recomendada
ADACEL®-POLIO deberá administrarse como una inyección de una sola dosis de 0,5 mL por vía intramuscular. Dosis recomendada: 0,5 mL.

No deben administrarse dosis fraccionadas (dosis < 0,5 mL).

No se ha determinado el efecto de las dosis fraccionadas en cuanto a la seguridad y la eficacia.

Si ADACEL®-POLIO se administra a una mujer embarazada, lo ideal sería que se realice durante el tercer trimestre de embarazo o de acuerdo con las recomendaciones locales.

Todos los profesionales de la salud deben consultar las directrices del NACI (Comité Asesor Nacional de Immunización) para la profilaxis del tetano en el tratamiento rutinario de heridas, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Uso recomendado por el NACI de agentes inmunitantes en el tratamiento de heridas

Antecedentes de vacunación contra el tétano	Heridas leves y limpias	Todas las demás heridas
Indeterminado o < 3 dosis de una serie de vacunación:	Td ¹ IGT (Humana)	Td ¹ IGT (Humana)
≥ 3 dosis recibidas en una serie de vacunación:	SI No	SI No

¹ Td: tétano y difteria o tipo adulto

Immunoglobulina tóxica, administrada en lugar de tóxico del tétano.

² Se han pasado > 10 años desde la última dosis de refuerzo.

³ Si se han pasado > 1 año desde la última dosis de refuerzo.

⁴ Si se sabe que la persona tiene un estado de inmunidad sencilla o frágil.

⁵ Si se sabe que la persona tiene un estado de inmunidad sencilla o frágil.

Debe realizarse un intento riguroso para detectar si el paciente ha concluido la vacunación primaria. Las personas que han concluido la vacunación primaria contra el tétano y que tienen heridas leves y no contaminadas, deben recibir una dosis de refuerzo de una preparación con toxoide tétano si no han recibido toxoide tétano o en los 5 años anteriores. En el caso de las heridas propias, el toxoide tétano si no han recibido toxoide tétano o en los 5 años anteriores. En el caso de los adultos que no han recibido anteriormente una dosis de vacuna antitetánica, recibir una vacuna Tdap (tétano-difteria-pertusis, acelular) combinada debe reemplazar la dosis de refuerzo única de la vacuna Td (tétano-difteria).

Administración

Inspeccione el producto antes de su utilización para descartar la presencia de partículas extrínsecas o de volatilización.

(Véase DESCRIPCIÓN) El producto no debe administrarse si presenta tales condiciones.



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA

/ 12245 /
04

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800

NOM DE L'ASSURE : HALOUANE SALAH

CERTIFICAT N° : 3862705 MATRICULE: 3862705

BENEFICIAIRE : NOUREDDINE

DATE DE LA DECLARATION : 09/03/2024

DECLARATION N° : 23917875

/ 23917875

DATE DE REMBOURSEMENT : 31/03/2024

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	250.00	0.00	250.00	0.80	0.00%	200.00
15	Pharmacie	128.40	0.00	128.40	0.80	0.00%	102.72
44	Vaccin	332.00	0.00	332.00	0	%	0.00
TOTALS		710.40	0.00	710.40			302.72
OBSERVATIONS :							

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