

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

W21-842693

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : BA7

Matricule : 12074 Société : BA7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : khadija

Nom & Prénom : DAU B R H A T

Date de naissance : 20/03/1978

Adresse : 201000

Tél : 0673538691 Total des frais engagés : 710.40

PR4FER05/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 : HALOUANE Non REDDINE 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'attribution du 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 : casablanca Le : 1/11/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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

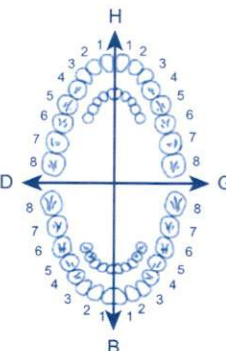
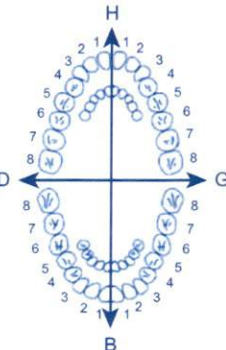
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAV.
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAV.
	[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'EXE

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.

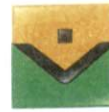
Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

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 : 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.



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 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 : 23917875

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HALOUANE SALAH

Type de déclaration

☒ Médical ☐ Dentaire ☐ Optique

Total des frais engagés

710,40

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

09/03/24

Nom et prénom du malade :

HALOUANE KOURZAH

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfants

Nature de la maladie :

Varicelle

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°

Nomeddin

23917875

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	09/03/2020	Dr. LAHLOU AHMED PÉDIATRE 903, Av. 2 Mars Casablanca Tel: 05 22 52 70 83	250
Pharmacie	09-03-2020	Pharmacie AL INARA Mme AL SOUALI Naïma 921 923 Bd 2 Mars Casa Tel: 0522 21 40 32 / 54	460,40
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

Docteur Ahmed LAHLOU
Pédiatre
Réanimation néonatale

09/03/20

HALOUANE

13,40
Doliprane 500 (1 boîte)
1 sachet x 4 /j si fièvre
332,00
Adacel - polio (1 dose)
115,00
Biomylase (1 flacon)
1 cas x 2 / jour pendant 5 j
460,40

Dr. LAHLOU AHMED
PÉDIATRE
INP : 91088930
903, Av. 2 Mars Casablanca
Tel: 05 22 52 70 83

ADACEL®-POLIO

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.
Ain seba Casablanca
ADACEL® POLIO SUSP (14)
B1 SER
P.P.V : 332,00 DH
5-113001 082162

ADACEL®-POLIO
chiffre
activated Po
sédite d'anac
és au vaccin an
do con vacuna
e télanco, carg
il d'immunisation

Datos de la experiencia poster
Durante el uso posterior a la com
consolidados adversos adicionales. De
una población de tamaño indeter
cansal con la exposición a la vaca
Trastornos sanguíneos y linfá
Linfadenopatia
Trastornos del sistema inmu
Reacciones anafilácticas como
Trastornos del sistema nervi
Comisiones, síncope, varicela,
transitorio/hipotensión en la red
Trastornos musculoesquelét
Dolor en la extremidad donde se
Trastornos gastrointestinales
Dolor abdominal
Trastornos generales y altera
Tras la administración de ADACEL
desde el lugar de la inyección har
y a veces con ampollas. La neuro
y se resolvieron por sí solas en un
previas de vacuna DTPa y a nivel
Malesar, palidez, induración en
INTERACCIONES FARMACO
Interacciones de la vacuna co
Los tratamientos inmunosupre
Verse ADVERTENCIAS Y PRECAU
Administración simultánea d
ADACEL®-POLIO se puede admi
información de respaldo obtenida
simultáneamente con la vacuna
problemas con la vacuna contra
5 años de edad. No se dispone de
la administración de vacunas in
huvo como resultado. Las de ven
las vacunas se administraron por
perigos distintas y en lugares dif
la inquietud de que la persona no
ADACEL®-POLIO no debe mezclarse
con otros productos de administración potencial
POSOLÓGIA Y ADMINISTRAC.
Dosis recomendada
ADACEL®-POLIO deberá administrarse como una inyección de una sola dosis (0,5 ml) por vía intramuscular. El lugar
preferible es el músculo deltoides.
No deben administrarse dosis fraccionarias (dosis < 0,5 ml). No se ha determinado el efecto de las dosis fraccionarias
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 y
embrazo o de acuerdo con las recomendaciones locales.
Los profesionales de la salud deben consultar las directrices del NACI (Comité Asesor Nacional de inmunización) para
la profilaxis del tétanos en el tratamiento rutinario de heridas, como se muestra en la Tabla 2.
Tabla 2: Uso recomendado por el NACI de agentes inmunizantes en el tratamiento de heridas

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

*Tetanos, difteria y pertusis (toque gelado)
Inmunoglobulina humana, administrada en lugar de una dosis del Td
La vacunación primaria es contra tétanos, difteria y pertusis de 3 a 5 años de edad.
Si se han pasado > 5 años desde la última dosis de refuerzo
Si se han pasado > 5 años desde la última dosis de refuerzo
Si se sabe que las personas tienen un estado de inmunidad suficiente al considerar el uso de agentes inmunizantes, se debe
empezar inmediatamente al vacunar a niños o personas vulnerables.
Debe realizarse un intento riguroso para determinar si un paciente ha concluido la vacunación primaria. Las personas
que han concluido la vacunación primaria contra el tétanos y que tienen heridas leves y no contaminadas, deben
recibir una dosis de refuerzo de una preparación con toxoide tetánico si no han recibido toxoide tetánico en los 5
años anteriores. En el caso de las heridas propensas al tétanos (p.ej., heridas contaminadas con suciedad, heces,
tierra y saliva, heridas punzantes, avulsiones y heridas ocasionadas por proyectiles, aplastamiento, quemaduras o
congelación), es apropiada una dosis de refuerzo si el paciente no ha recibido una preparación con toxoide tetánico
en los 5 años anteriores.
En el caso de los adultos que no han recibido anteriormente una dosis de vacuna antipertusis acelular (una vacuna
Tdap (tétanos-difteria-pertusis, acelular) combinada debe reemplazar la dosis de refuerzo única de la vacuna Td
(tétanos-difteria).
Administración
Inspeccione el producto antes de su utilización para descartar la presencia de partículas extrañas o desviaciones.
(Véase DESCRIPCIÓN) El producto no debe administrarse si presenta tales condiciones.

903 Avenue 2 Mars . 1^{er} étage Casablanca. Tel : 0522526263/ 0522527083. GSM :0661196260
0661196260 / 0522527083 / 0555526263 الهاتف 903 الطابق الأول. الدار البيضاء.
INP 91088930

VOLET DÉTACHABLE



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA / 12245 /
NOM DE L'ASSURE : HALOUANE SALAH 04
BENEFICIAIRE : NOUREDDINE
DECLARATION N° : 23917875 / 23917875

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800
CERTIFICAT N° : 3862705 MATRICULE: 3862705
DATE DE LA DECLARATION : 09/03/2024
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 spécialiste	250.00	0.00	250.00	0	80.00%	200.00
15	Pharmacie	128.40	0.00	128.40	0	80.00%	102.72
44	Vaccin	332.00	0.00	332.00	0	%	0.00
TOTAUX		710.40	0.00	710.40			302.72
OBSERVATIONS :							

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