

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

8528

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OTHEFRAN AFAF

Date de naissance :

17/12/1967

Adresse :

Q.DR E Mouadem Reliedelle

Tél. :

0665 19 12 27

Total des frais engagés : 65000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

19 AVR 2024

Age : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

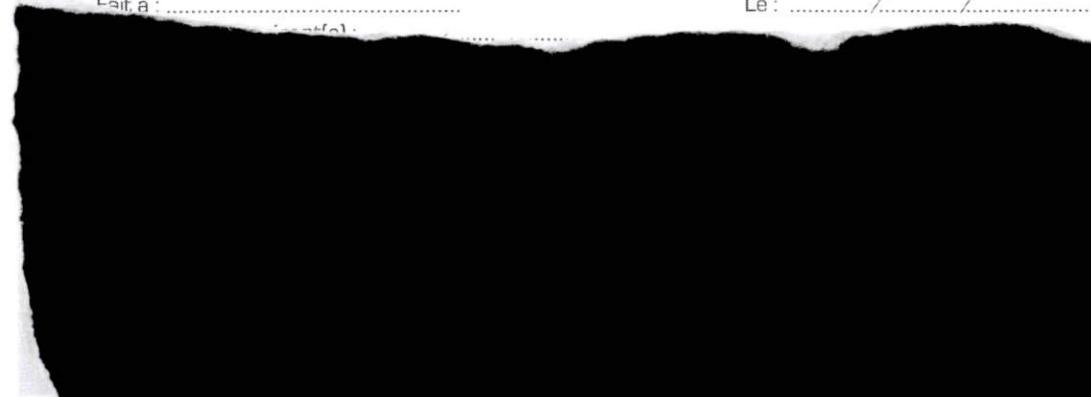
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : .....

KH. HAMID

LEIL





تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

## Décompte de Remboursement

### Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST  
INTERNATIONAL MC  
NOM DE L'ASSURE : DIRAI KHALID  
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID  
DECLARATION N° : 24057960

/ 12233 /  
58

CONTRAT N° : 9165 60 / 279000  
CERTIFICAT N° : 1945484 MATRICULE: 90004  
DATE DE LA DECLARATION : 02/03/2024  
DATE DE REMBOURSEMENT : 02/04/2024

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
9	Pratique medicale courante	2400.00	0.00	2400.00	0.8500%		0.00
24	Hospitalisation medicale	4100.00	0.00	4100.00	0.9000%		3690.00

TOTAUX

6500.00

0.00

6500.00

3690.00

#### OBSERVATIONS :

nr matériel non prévu au contrat

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

# 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



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](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 24057960

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

6500,-

Cachet du médecin :

CMR EL IBRAHIMI Mohamed  
5 bis, Rue Ibnou Babik  
Quartier Racine Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

Date de la consultation :

02/03/2011

Nom et prénom du malade :

DIRAI KHALID Âge 20ans

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  
5 bis, Rue Ibnou Babik  
Quartier Racine Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

Nature de la maladie :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, nous vous prions de renseigner les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N° : ..... CERTIFICAT N° : .....

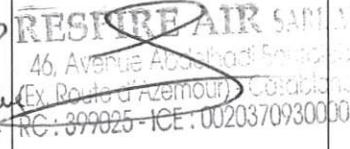
NOM DU MALADE : .....

DATE DE CONSULTATION

24057960



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
27/02/2007 Médecin traitant	 CMR ELIBRAHIMI Mohamed 5 bts. Rue Ibnou Babik Quartier Racine Maârif - Casablanca Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23	€ 300 40 1200 40 600 € 43 2000
Pharmacie		4100
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux	 RESPIRE AIR SARL 46, Avenue Abdellah Benyacoub (Ex. Route d'Azelmour) Casablanca RC: 399025 - ICE: 0020370930001	2400 DH

Médecin  
traitant

8

## Pharmacie

## Analyses / Radiologie

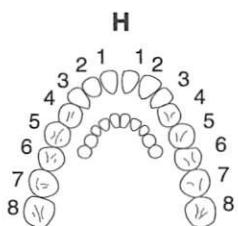
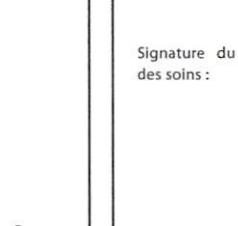
## Auxiliaires médicaux

## Nasal

## VOLET DÉTACHABLE

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

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

**Facture & Bon de livraison**

N°: F21203 /2024  
Date : 02/03/2024

**Client : DIRAI KHALID**  
Adresse: CASABLANCA  
Code Client : 0000  
Bon De Commande client N°:

Début : 02/03/2024  
Fin : 02/04/2024

Reference	Désignation	N°Serie	Quantité	Durée/m	Prix unitaire HT	Prix total HT
36105	LOCATION CPAP S9	SN:23111023737		1	666,67	666,67
62102	ACHAT DE MASQUE NASAL MFX	(10)1661467	1		1.333,33	1.333,33
						-
					<b>Total HT</b>	<b>2.000,00</b>
					<b>TVA 20%</b>	<b>400,00</b>
					<b>Total à payer</b>	<b>2.400,00</b>

**RESPIRE AIR SARL AU**  
46, Avenue Abdellah Boutaleb  
(Ex. Route à Azemmour - Casablanca  
RC. 399025 - ICE. 002037093000011

**Consultations :**  
Pneumophysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**  
Pléthysmographie  
Spirométrie - Oscillometry  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد إبراهيم

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

02/03/2024

Monsieur DIRAI Khalid

Note d'honoraires

Consultation spécialisée:	300
Pléthysmographie:	1200
Gazométrie artérielle:	600
Polygraphie ventilatoire	2000

**TOTAL: 4100 DH**

CMR EL IBRAHIMI Mohamed  
5 bis, Rue Ibnou Babik  
Quartier Racine Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

<b>Consultations :</b>	<b>Laboratoire de physiologie clinique</b>	<b>Endoscopie diagnostique et interventionnelle</b>
Pneumophysiologie	Pléthysmographie	Fibroscopie bronchique
Allergologie - Asthme	Spirométrie - Oscillometry	Bronchoscopie rigide
Sommeil et ronflement	Polysomnographie	Thoracoscopie
Sevrage tabagique	Gaz du sang artériel	
Réhabilitation respiratoire	Epreuve d'effort cardio-respiratoire	
Oncologie		

الدكتور محمد إبراهيم

**Dr. Mohammed El IBRAHIMI**  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

**Dr. Arabi NACIRI**  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

Casablanca le 02/03/2024

A l'intention du Médecin Conseil

Mon cher confrère,

Monsieur Khalid DIRAI né le 11/12/1965 présente un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, dont l'index est de 34 arrêts respiratoires par heure de sommeil.

Ce syndrome est responsable de complications cardio-vasculaires à moyen et long terme qui justifient un traitement au long cours par pression positive continue ( CPAP).

Je vous rapporte ces informations pour la procédure administrative **d'entente préalable** à la prise en charge des frais engagés par le patient pour le diagnostic et le traitement.

Je reste à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires.

Bien confraternellement.

**CMR EL IBRAHIMI Mohamed**  
5 bis, Rue Ibnou Babik  
Quartier Racine Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23