

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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

COMPLÉMENT CONTENU.

Déclaration de Maladie

N° W19-472422

CA

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12677 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAHLOU KENZA

Date de naissance : 22/12/81

Adresse : HES. TULLA

Tél : 0662 801788 Total des frais engagés : 4537,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident siège/Ram

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 : CASABLANCA Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	18/06/93 CSH		G
Pharmacie			
Analyses / Radiologie	26.06.1982 20/06/93 LABORATOIRE MEDICALS ANALYSES 679 Boulevard Albert 1er 20460 - MARIANOVA Tél. 04 22 21 12 41 Fax: 04 22 21 12 41		3937,80 600,00 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 ☐

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires

SOINS	PROTHESE
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	Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : _____ Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : _____ Date : _____ Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : _____ Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse : _____ Date de l'appareillage : _____

VOLET DÉTACHABLE

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

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 est 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 Boite 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.



تامين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31719 - L.F. 01095467 ICE : 0000637480004
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 : 18244115

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

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Age

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

18244115



تامين الوفاء
Wafa Assurance

397.85600 = 4537,7



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE :
DE L'ASSURE :
BENEFICIAIRE :
DECLARATION N° :

NEXIA FIDUCIA
BENSAID MOHAMED
BENSAID MOHAMED
18244115 /

/ 703874/

CONTRAT N° :
CERTIFICAT N° :
DATE DE LA DECLARATION :
DATE DE REMBOURSEMENT :

9101 60 / 568700
5713483
5713483
19/06/2019
10/09/2019

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF	TAUX REMB	MONTANT DE REMBOURSEMENT
9	Pratique medicale courante	600.00		600.00		80%	480.00
13	Analyses medicales	3937.80		3937.80		80%	3150.24
TOTAUX		4537.80		4537.80			3630.24
OBSERVATIONS :							

Date : 20 / 06 / 2019

Quittance - Paiement espèces

0382486

IPP :

N° D'admission : 1900077754 Montant : 600,00

Patient : BENSATO MOHAMED

Cachet

VIDEO EEG STANDARD	1,00 F	600,00	600,00
		Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique			600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS

Total

600,00

وصفة طبية Dr. BENSAÏD
Ordonnance Nohamed

Casablanca, le : 13/06/13

Video EEG standard

Patient de 38ans, AFD = HTG
ayant présenté il y a 03ans, un
1^{er} épisode de perte de connaissance
ayant duré plp secondes avec amnésie
post critique. puis un 2^{ème} épisode
avec BAU et brouillard visuel x ppxc
Ex Neuro actuel sans anomalies
IRM Cérébrale demandée

F A C T U R E

N° 77 134 / 2019 du 20/06/2019

Nom patient : **BENSAID MOHAMED**

Entrée 20/06/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 20/06/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
VIDEO EEG STANDARD	1,00	F	600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
SIX CENTS DIRHAMS	Total 600,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						600,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Département de Neurologie

Rapport Electroencéphalographie :

Nom :	Bensaid, Mohamed	Date enreg. :	20/06/2019
Né le :	18/01/1981	Médecin :	Pr : Ouhabi hamid
Patient n° :		Technicien :	zineb
Remarque :		Type d'examen :	Video EEG STD
		Origine :	Pr Aasfara
Medicaments :			
Info clinique :			
Commentaires :			
Nom de fichier :	190620E-A		

Interprétation :

Activité de fond bien organisée pour l'âge avec un rythme de la bande alpha à 12 c/s symétrique et réactif.

La réaction d'arrêt visuelle est présente.

La SLI et l'hyperpnée sont sans effet.

Absence d'anomalies épileptiques ou de signes en foyers.

Conclusion : Examen EEG normal.

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Département de Neurologie
20/06/2019 14:00









