

## 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 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 tous les 6 mois.

### 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.

N° W21-600846

54003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **11468**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0660301286**

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**complément mutuelle**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

**31/06/2020**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **CoSe**

Signature de l'adhérent(e) : **KH**

Le : **31/12/2020**

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

## 1. DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

Il convient de préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure, de la maladie et d'accompagner de toutes pièces justificatives (Ordonnances médicales prescrites par un praticien, extrait de radiologie et laboratoire, etc.)

Les factures des dispensiers et les P.P.M concernant les médicaments doivent être joints

Si l'assuré est bénéficiaire d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur une copie des documents justificatifs et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

Les documents et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur pendant 5 ans.

En cas de maladie dentaire, plusieurs extractions multiples de plus de 5 dents, les soins sociaux, parodontoses et autres (sauf accident) Une attente préalable est obligatoire.

En cas de maladie médicale ou chirurgicale, la déclaration de maladie doit être accompagnée d'un rapport médical détaillé sur lequel elle devront être précisées : la cotation des actes, la ventilation, le nombre et la nature de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques et de dispositifs médicaux. Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au moins 15 jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

La déclaration pour les admissions de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un certificat d'hospitalisation.

### 2. DONNÉES DÉTACHÉES PERSONNELLES

Les documents demandés par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir l'assurance et leur exécution et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont attachés sont réservés exclusivement à cette fin, par les services de l'assureur et les tiers habilités.

La durée de conservation des données est limitée à la durée du contrat d'assurance et au-delà, pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assuré de faire des réclamations en fonction des délais de prescription ou en application des lois et régulations. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré n'est pas soumise aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les informations.

Conformément notamment le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des données personnelles 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 est impossible à des tiers non autorisés.

Il convient de rappeler que les personnes habilitées à traiter les données personnelles doivent être égales en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les personnes à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la compagnie ou par e-mail : conformite@wafaassurance.ma

En contrepartie, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospection commerciale en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut également donner son accord à la réception de sollicitations commerciales.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous faire parvenir un e-mail à l'adresse suivante : contact@wafaassurance.ma. Si ce message n'a pas été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nous pourrons répondre plus rapidement.



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD ABOELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C : 31719 - I.F. 01085467 ICE : 000083734000034  
S.A au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par l'ab. n° 17-09 portant code des assurances  
[www.wafaassurance.ma](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 18006235

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Matricule Sté : 70153

LAHLOU MOHAMED AMINE

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

150 + 278

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

25.08.2020

(LAHLOU MOHAMED) AMINE

Âge L

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

influenza

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° .....

18006235

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

# الدكتور رضوان العربي

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في :

لـ مـ هـ مـ دـ مـ نـ مـ اـ مـ مـ

40,80 X  
FLACy L serum 12i  
1 CP x 2i

19,70 APAZIDE  
14 Bi

38,00 X OEDEL 20 ml  
16x7i

52,80 CO-TRIM 2  
7 CP x 3i

16,30 X DOLIPRONE serum 3  
1 CP x 3i

تجزئة الحاج فاتح - الرقم 141 - الطابق السفلي - الشقة رقم 2 - الدار البيضاء الهاتف 05 22 93 08 09

Lotissement Hadj Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél: 05 22 93 03 09

Médecin traitant

Pharmacie

Analyses / Radiologie

Auxiliaires médicaux

Dates des actes médicaux

Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes

Montant des honoraires

26/09/2020

Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes

150,00 Dhs

27/09/2020

Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes

278 Dhs



# Décompte de Remboursement

## Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : SOCIETE AEROTECHNIQUES INDUSTRIES

/ 811914/

CONTRAT N° 9165 60 / 461500

NOM DE L'ASSURE LAHLOU MOHAMMED AMINE

CERTIFICAT N° 4034183 MATRICULE 4034183

BENEFICIAIRE : LAHLOU MOHAMMED AMINE

DATE DE LA DECLARATION : 25/09/2020

DECLARATION N° : 18006235 /

DATE DE REMBOURSEMENT : 03/11/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
1	Consultation	150.00		150.00		85%	127.50
15	Pharmacie	278.00		278.00		85%	236.30
<b>TOTAUX</b>		428.00		428.00			363.80
<b>OBSERVATIONS :</b>							