

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-660542

88887

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAN

Matricule : 1468 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AIT ELNAJDOUB Hanane

Nom & Prénom : AIT ELNAJDOUB Hanane

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : 066301896 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément mutuelle.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : /

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

Nature de la maladie : /

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

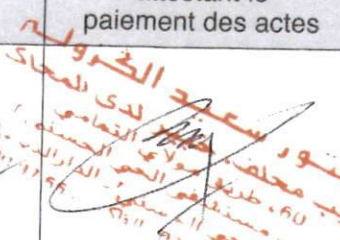

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

MUPRAS 21 OCT. 2021 ACCUEIL BOUZAACHANE

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
188222 26/07/2021 Médecin traitant	 دكتور سعيد الغزولي طبيب محلف طريق مولاي الهامي 60، مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء 05 22 90 70 88 - 05 22 90 70 89 Fax: 05 22 90 70 88	200,54
26/07/21 Pharmacie	 VITA	285,10
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

Docteur Saïd GZOUALI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
طريق مولاي الهامي
60، مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
05 22 90 70 88 - 05 22 90 70 89
Fax: 05 22 90 70 88

Casablanca, le : 26.07.2021 في الدار البيضاء،

- 66,00
1. Azimycin 500 14/7
 2. Doliprane 15 14/7
 3. Cotimed 20 20/7
 4. Paracetamol 20 x 2 14/7
 5. Sumet 50 14/7
 6. D. Cure forte 14/7
- 285,10

VOLET DÉTACHABLE

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.



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 : 20585681

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté : 70153

Nom et prénom de l'assuré

Lahou Red Amine

Type de déclaration

☐ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

485

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

26/07/2024

Nom et prénom du malade :

Lahou Red Amine

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Bleuluki

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°

2 0585681



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

VOLET DÉTACHABLE

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

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : SOCIETE AEROTECHNIQUES INDUSTRIES

/ 907983/

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 : 26/07/2021

DECLARATION N° : 20585681

DATE DE REMBOURSEMENT 29/09/2021

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		85%	170.00
15	Pharmacie	285.00		285.00		85%	242.25
TOTAUX		485.00		485.00			412.25
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

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

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.