

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAHI KHALID

Date de naissance :

08.09.57

Adresse :

28 AL ASSIL MOHAMMEDIA

Tél. : 06 68 40 71 77

Total des frais engagés : 7.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Pour
COMPLEMENT

Date de consultation : / /

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 :

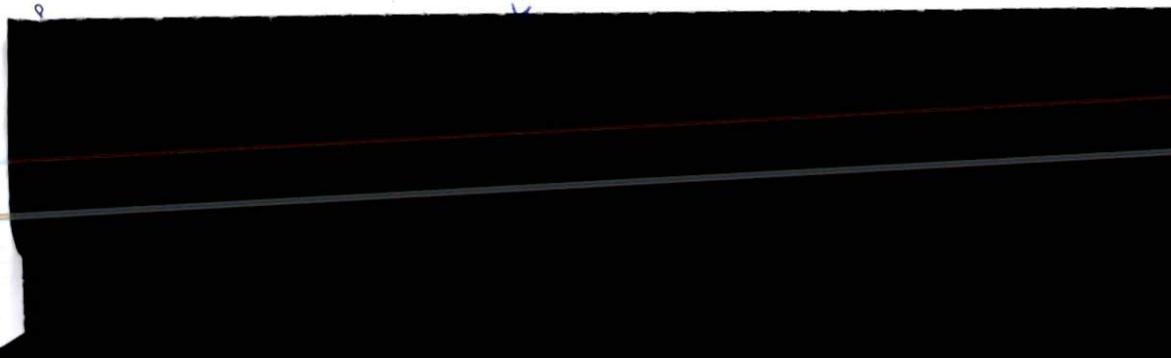
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : MOHAMMEDIA

Le : 03/07/22

Signature de l'adhérent(e) :



ECOMMANDATIONS IMPORTANTES

IR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
L'attestation doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrites, médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
Ininettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints à l'attestation.

La personne soignée bénéficiant d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme. Certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.

dentaires : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontologiques (plus de 2 par séance). Une entente préalable est obligatoire.

sd'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, les frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

de remise des pièces : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

La munité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un acte de naissance.

ction des données personnelles
onnes personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir l'inscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont héés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers sés.

urée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et 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 des dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré à un créateur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les informations.

ureur garantit notamment le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des données physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

données physiques à l'égard du traitement de telle sorte que les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, d'identification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la

Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.ma

manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut poser par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

fiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos
ements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



Wafa Assurance

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

2013122

DECLARATION DE MALADIE : 14767950

Cachet de l'employeur	
-----------------------	--

N° du contrat : 343 U
N° affiliation : Matricule Sté :
Nom et prénom de l'assuré :
.....

Nom et prénom du patient	<input type="checkbox"/> Médical	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Type de déclaration			
Total des frais engagés	: 700 \$M		

Dr. Abdelhalek FAFACHE
Chirurgien Dentiste
127, Rue Farhat Hached, Houaria
Aliia - Sétif
Tél : 05 23 31 24 03

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CERTIFIGAT N° 14701950
CONTRAT N° : EL KALFI - Tahha
NOM DU MALADE : M. 13/1/2022
DATE DE CONSULTATION : 21.01.2022
TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :
In the presence of: **Wafa Assu**

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant			
Pharmacie			
Analyses / Radiologie			
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
11/03/92	traitement canalise + obtur. am.	45	D25	600 Frs
14.4.92	radiographie traitement	45	D3	100 Frs

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins	700,00
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :	Dr. Abdolkhalek FARAHI Chirurgien Dentiste 179 Av. Palestine, Hôuria Alia - Mohammedia Tél : 05 23 31 24 03
Date	15 MARS 2022
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 PÉTACHABLE



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR
NOM DE L'ASSURE EL KHALFI FATIHA
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 14767950 / 86157

/ 963364/

CONTRAT N° 9106 60 / 357000
CERTIFICAT N° 2185878 MATRICULE 343
DATE DE LA DECLARATION : 11/03/2022
DATE DE REMBOURSEMENT : 13/04/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
27	Soins dentaires	700.00		700.00	18	80	540.00
	TOTAUX	700.00		700.00			540.00
OBSERVATIONS :							

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

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso