

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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

Déclaration de Maladie

N° P19- 056643

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : 122170

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI KHALID

Date de naissance : 08.09.57

Adresse : AL ASSIL MOHAMMEDIA

Tél. : 06 68 40 71 77 Total des frais engagés : 700 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 :

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 : 05 / 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.

aration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescri-
s médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)

nettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints
onnances.

e la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur
técopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
ertificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par
eur.

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

d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée
facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes, la ventila-
s 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
rd, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
mnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un
d'acte de naissance.

ction des données personnelles

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

rée 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
reur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application
es dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré
cripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales
glements 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
nnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

onnées sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte
leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

sureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles
aissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

onnées à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès,
modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la
Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.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.

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

VOLET DÉTACHABLE

Wafa Assurance



تأمين الوفاء

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083734000004
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 : 14767950

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

☐ Médical

☒ Dentaire

☐ Optique

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 renseigne-
ments 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

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

CERTIFICAT N°

14767950



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant			
Pharmacie			
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

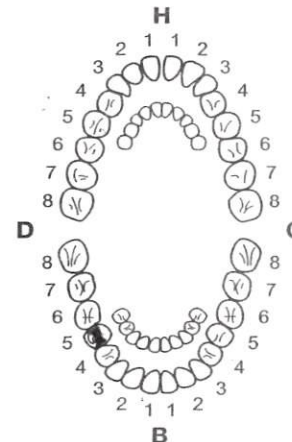
Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS ☐ FACTURE ☒

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires
11/03/22	traitement canalaire + obt. cour.	45	D25	600,00
11/03/22	radiopost traitement	45	D3	100,00

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

Dr. Abdelkhalik FARAH
Chirurgien Dentiste
127 Av. Palestine, Houria
Alia - Mohammedia
Tél : 05 23 31 24 03

Date 5 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 DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

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

/ 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 PAYE	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 :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso