

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W21-763975

13/11/35

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 12345

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

YAKOUBI Oumaima

Date de naissance :

08/03/1986

Adresse :

29 Rue Abou Oman El Hainé, 21 Mars, Casablanca

Tél. : 0662839339

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age

Infant

Nature de la maladie :

Complication

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

2014





# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA  
NOM DE L'ASSURE : MEDAGHRI ALAOUI RACHID  
BENEFICIAIRE : YOUSSEF  
DECLARATION N° : 21166422 / 21166422

/ 1002856

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800  
CERTIFICAT N° : 3605836 MATRICULE : 3605836  
DATE DE LA DECLARATION : 19/08/2022  
DATE DE REMBOURSEMENT : 02/09/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		80%	160.00
44	Vaccin	1037.00		1037.00		80%	829.60
<b>TOTAUX</b>		1237.00		1237.00			989.60

## OBSERVATIONS :

### **CLAUSE " 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](mailto: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.

# 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, parodontoses 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.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous évitez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUËN, 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](http://www.wafaassurance.ma)

DECLARATION DE MALADIE : 21166422

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

3605836 Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Medaghri Akoni Rachid

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

1237,00 dh

DOCTEUR N. ZAHLER  
PEDIATRE  
Résidence El Walida  
199, Bd El Anzarane  
Tél: 0522 26 05 24 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : MEDAGHRI Yousfi Âge :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfants

Nature de la maladie :

Vaccin

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

21166422



الوفاء  
Wafa Assurance

	actes médicaux	attestant le paiement des actes	honoraires
Médecin traitant	8/8/92	DOCTEUR N. ZAHER PEDIATRE Résidence El Walida 199, Bd Bir Anzarane Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca	200 Dhs
Pharmacie	8/8/92	PHARMACIE DE LA COLLIER Sur parking CAMEFFOUR SA - Ancien Hôpital Casablanca - Tél: 06 32 31 77 / 05 22 33 59 63 WhatsApp: 06 32 12 38 18 RC: 266958 - P.R.: 0005100 - F: 0072092 - GHS: 60100 ICE: 000483820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.com  INPE : 092037209	1037,00
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

## VOLET DÉTACHABLE

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

## PEDIATRE

Lauréat de la Faculté de Nantes (France)

### Urgences et Réanimation Néonatale

Ex Assistant Allergologie et Asthme  
Infantiles Hôpital Saint-Nazaire (France)  
Ancien Attaché aux Urgences Pédiatriques  
et Néonatalogie - CHU - Nantes  
Diplôme Universitaire Réanimation et Urgences  
Pédiatriques Faculté de Rennes (France)

nazaryni Almar  
Casa, le : 8/8/92

جامعة كلية الطب بنانط (فرنسا)

### تشخيص أمراض الحساسية والضيقية

مساعد قسم الحساسية والضيقية لدى الأطفال

الاستشفي سانزير (فرنسا)

منطق سباقا بمستعجلات الأطفال والمولود

بالمراكز الجامعي بنانط

دبلوم جامعي للمستعجلات وإنعاش الأطفال

كلية الطب بربن (فرنسا)



Conseils et urgences : GSM: 06 61 18 76 01

05 22 25 55 24 : (أمام إقامة خريبكة) - البيضاء - الهاتف :  
Rés. El walida, 199 Bd Bir Anzarane, 1er étage N°4 Juste à côté de la Grillardière - Casablanca

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	8/8/92	DOCTEUR N. ZAHER PEDIATRE Résidence El Walida 199, Bd Bir Anzarane Tél: 0522 25 55 24 - Casablanca	200 DH
Pharmacie	8/8/92	PHARMACIE DE LA COLLIN Sur parking CLOREFOUR Sidi M'hamed (Ancien N°44) Casablanca - Tél: 06 22 25 51 77 / 05 22 33 57 53 Fax: 04 22 12 38 18 RC: 246958 - PK: 00485100 - F: 00720092 - GHS: 001200 ICE: 00048382000044 - Email: poracetamol2011@hotmail.com  INPE : 092037209	1037,00
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			

VOLET DÉTACHABLE

