

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-767699

134197



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11963 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DAUDI HANNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662275032 Total des frais engagés : 6922 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 : CASA

Le : 21/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

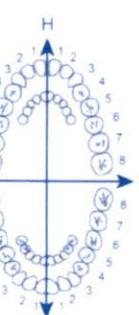
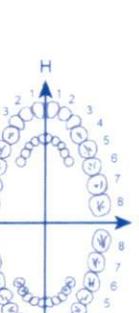
DAHMANI



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)												
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>														



**Décompte de Remboursement**  
**Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : WANA CORPORATE SA  
NOM DE L'ASSURE : MOUKDAR MOUNIR  
BENEFICIAIRE : KENZA  
DECLARATION N° : 21263988

/ 1015 /  
/ 21263988

CONTRAT N° : 9106 60 / 359800  
CERTIFICAT N° : 2237083 MATRICULE:2237083  
DATE DE LA DECLARATION : 05/10/2022  
DATE DE REMBOURSEMENT : 14/10/2022

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation specialiste	300.00		300.00		80.0%	240.00
15	Pharmacie	26.50		26.50		80.0%	21.20
TOTALS		326.50		326.50			
OBSERVATIONS :							

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

WANA CORPORATE S.A  
Direction Support & pilotage RH  
Lot La Colline II, Lot 1&2  
Sidi Maârouf - 20190 Casablanca  
Tél.: 0529 000 000 / Fax: 0529 000 400  
057/17

# 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 éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.**

**VOLET DÉTACHABLE**



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - 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 :** 2 1263988

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

326,5

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

31/08/2022

Nom et prénom du malade :

MOUKDAR Kenza Âge 2009

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Dermatose

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

2 1263988

DECLARATION

CONTRAT N°

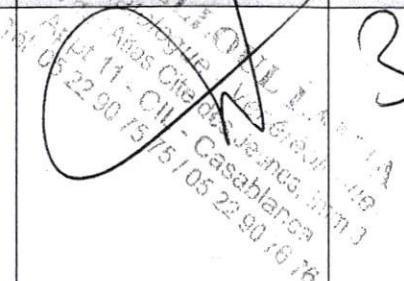
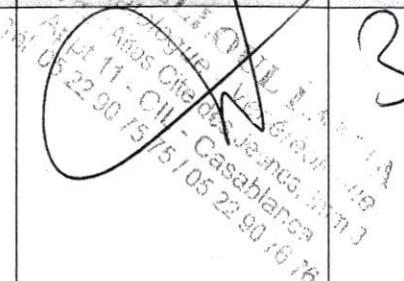
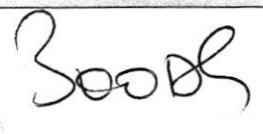
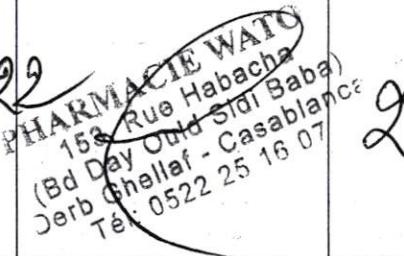
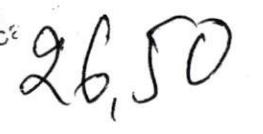
NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

CERTIFICAT N°



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant  <del>31/08/22</del>	 	 -
Pharmacie  <del>31/08/22</del>		 26,50
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

à la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

**DEVIS**  **FACTURE**

A17911	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires
<b>Propriétés :</b> Skinosalic associe da Bétaméthasone et u				
<b>indications :</b> ermatoses corticosen chénification soriasis chen				
dermite séborrhéique a forme lotion adapté s régions pâleuses et				
<b>contre indications :</b> infections bactérienne e composante inflam ésions ulcérées acné et rosacée hypersensibilité à l'un				
a forme pommade n				
<b>Effets indésirables :</b> ont à craindre en ca sophie cutanée, télanc gilité cutanée.				
u visage, les cortico				

**Propriétés :**  
 - Skinosalic associé à  
 Le Bétaméthasone et

**Indications :**  
 Dermatoses corticoïdes  
 - lichenification  
 - psoriasis  
 - lichen  
 - dermite séborrhéique  
 - la forme lotion adaptée  
 des régions plieuses et

**Contre indications :**  
 - Infections bactérienne et  
 une composante inflammatoire  
 - Lésions ulcérées  
 - Acné et rosacée  
 - Hypersensibilité à l'un d'entre eux  
 - La forme pommadipe n

**Effets indésirables :**  
 - Sont à craindre en cas  
 atrophie cutanée, télangiectasies,  
 fragilité cutanée.  
 - Au visage, les corticoïdes  
 une rosacée.  
 - Peut être observé un

+/-

## PROTHESE

### Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :

Date : \_\_\_\_\_

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :

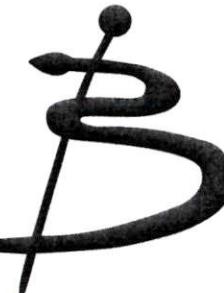
Date de l'appareillage :

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

Docteur Lamia BELLOUL

Spécialiste des maladies et chirurgie  
de la peau, de l'ongle, du cuir chevelu  
Maladies sexuellement transmissibles  
Médecine Esthétique, Cosmétologie  
Allergologie - Laser

PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 16 07



الدكتورة لمياء بلوول

إختصاصية في أمراض وجراحة الجلد،  
الأظافر، الشعر والأمراض التناسلية  
طب التجميل - التجاعيد والحساسية  
اللазير

DERMATOLOGUE - VENEREOLOGUE

Mme Nourda. Casablanca, le 31/08/2022

- 1) Xenial 40. ongle  
napp 18 -
- 2) Banieden Cica.  
utn -
- 26,50 napp x 2 18 -
- 3) Skunosalic pdl  
napp / j pd 18 -

PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 16 07

