

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

- 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-595187

1840329

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06698 Société : RAM-

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : GACHALI DRIS

Date de naissance : 04/23/1964

Adresse : Anfa city, Bab el D. apt 62.

Tél. : 066 13 10 033 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : BENNIS GHITA

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 : Le :

Signature de l'adhérent (e) :

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 : conformité@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

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

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 : 18981351

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

BENNIS GHITA

Type de déclaration

☐ Médical

☒ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

1062

Cachet du médecin :

Dr Oumnia BENNANI
Chirurgien-Dentiste
Riyad El Oulfa GH1 Entre 5
1er Etage Appt 65 - CASABLANCA
Tél : 05 22 93 84 23

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

BENNIS GHITA

Âge 48 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Soins dentaires

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

TOTAL DES FRAIS ENGAGES :

CERTIFICAT N°

BENNIS GHITA

1062,00

18981351



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant			
Pharmacie	29.08.22	GRANDE PHARMACIE DU MAROC Mme. DERBACH BENNIS Naïme Place Bandoeng - Casablanca Tél.: 05 22 30 42 28	362,00
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
	<i>Le traitement</i>			
29.08.22	Composante	(14)	D ₁₂ =	370,00
31.08.22	Composante	(15)	D ₂ =	370,00

SOINS **PROTHESE**

Dr Oumnia BENNANI
Chirurgien-Dentiste
Riyad El Oulfa Entree 5
1er Etage Tél: 05 22 30 84 23

D **G**

B

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: # 709,00

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

Dr Oumnia BENNANI
Chirurgien-Dentiste
Riyad El Oulfa Entree 5
1er Etage Tél: 05 22 30 84 23

Date: 31.08.22

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

Dr. Oumnia BENNANI

Docteur d'Etat en Chirurgie Dentaire
Parodontie - Prothèse - chirurgie
Implantologie - Soins Dentaire
Diplômée de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca



الدكتورة أمنية بناني

دكتورة الدولة في جراحة الأسنان
علاج أمراض اللثة
جراحة - تقويم و علاج الأسنان
خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le : 29-08-21 : الدار البيضاء في

1^{re} GHITA BENNIS

222,00

Augmentin (1g) :



2 x 1 j. - 8 j -

140,00

Oedis (20 g)



1 pin / j.

362,00

GRANDE PHARMACIE DU MAROC
Mme. DEBBACH BENNIS Naima
Place Bandoeng - Casablanca
Tél : 05 22 93 84 23

Dr Oumnia BENNANI
Chirurgien-Dentiste
Riyad El Oulfa Entrée 5
1^{er} étage - Apt. 65 - ANCA
Tél : 05 22 93 84 23

[Handwritten signature]

رياض الألفا المجموعة 1 المدخل 5 الطابق الأول الشقة 65 - الهاتف : 05 22 93 84 23

Riyad El Oulfa, GH 1 Entrée 5, 1^{er} étage, Apt. 65 - Casablanca

E-mail : oumniabennani@gmail.com

Patente : 32981332 - CNSS: 8863137 - IF : 40184918 - ICE : 001643073000076 - INP : 094180031

11:22



Bennis Ghita

il y a 13 minutes - 10-24 10:59



Wafa Assurance
الوفا للتأمين



CONTRACTANTE : SOCIETE PLASTIFER
NOM DE L'ASSURE : BENNIS GHITA
BENEFICIAIRE : BENNIS GHITA
DECLARATION N° : 18981351

Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité
CONTRAT N° : 9122 60 / 511300
CERTIFICAT N° : 6937791
DATE DE LA DECLARATION : 29/08/2022
DATE DE REMBOURSEMENT : 06/10/2022
MATRICULE : 6937791

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMOUBSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COTIS	TAUX REMS	MONTANT DE REMBOURSEMENT
19	Pharmacie	302.00	302.00	302.00	20	85%	507.70
27	Soins dentaires	700.00	700.00	700.00	20	85%	500.00
TOTAL		1002.00	1002.00	1002.00			807.70
OBSERVATIONS :							

* La copie de l'acte effectuée selon la nomenclature Générale des Actes Professionnels

