

## 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.

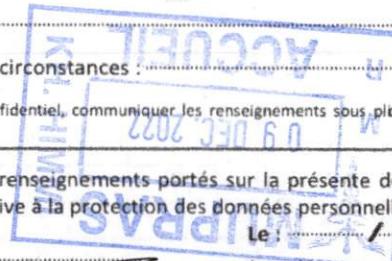
<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 06678	Société : RAN-	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : FACHTA LI DRASS		
Date de naissance : 04-03-1964		
Adresse : Anfa exercice . Bahia D. apt 62 . Casab		
Tél. : 066 13 10 633	Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BENNIS. GHITA - Age: .....	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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, 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

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

## 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 : 18981351

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical  Dentaire  Optique  
10621

Matricule Sté :

BENNI'S GHITA.

Total des frais engagés



Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : BENNI'S GHITA Âge 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfants

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

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

18981351  
CERTIFICAT N°  
BENNI'S GHITA

10621



تامين 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 Naim Place Banderg - 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
29.08.12	Comptoir	(14)	D <sub>12</sub>	370,00
31.08.12	Comptoir	(15)	D <sub>12</sub>	370,00

Dr Ounnia RIBIANI  
Chirurgien-Dentiste  
Riyad El Oulfa CASABLANCA  
1er Etage Tél : 05 22 38 84 23

SOINS	PROTHESE
H	
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 : **370,00**

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

Dr Ounnia RIBIANI  
Chirurgien-Dentiste  
Riyad El Oulfa CASABLANCA  
1er Etage Tél : 05 22 38 84 23

Date : **31.08.12**

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : **370,00**

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

Date de l'appareillage : **31.08.12**

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 : ..... 29.08.22 ..... الدار البيضاء، في :

Naima BENNANI

222,00

Augustin (18) :



2 x 1 j. net 8 j -

140,00

Oedis (20 ♂)



1 mix / j.

362,00

**GRANDE PHARMACIE DU MAROC**  
Mme. DEBBACH BENNANI Naima  
Place Bandoeng - Casablanca  
Tél: 05 22 80 42 23

Dr Oumnia BENNANI  
Chirurgien Dentiste  
Riyad El Ouifa, GH 1 Entrée 5, 1<sup>er</sup> étage, Apt.65 - Casablanca  
Tél: 05 22 93 84 23

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

Riyad El Ouifa, GH 1 Entrée 5, 1<sup>er</sup> étage, Apt.65 - Casablanca

E-mail : oumnibennani@gmail.com

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

