

# 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.



complément  
A7668

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000531

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11069 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARROUJI YOUSSEF Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél. : 0107752675 Total des frais engagés : 6129,90 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 : CASA Le : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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](http://www.mupras.com)

# 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 recommandations seront alors rapides.

## VOLET DÉTACHABLE

Le volet détachable est à remplir et à garder pour toute réclamation.



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31-719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004  
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 : 21598727

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

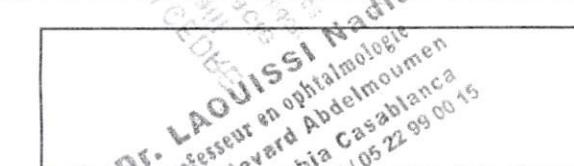
N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Médical     Dentaire     Optique

Total des frais engagés



Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même     Conjoint     Enfants

Nature de la maladie :

*Ametropie*

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

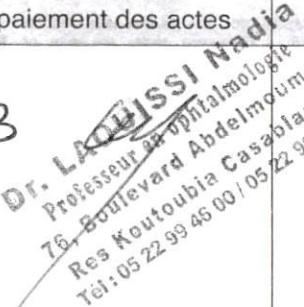
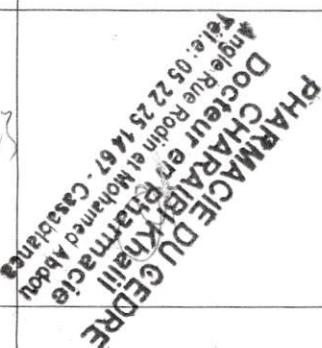
DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS



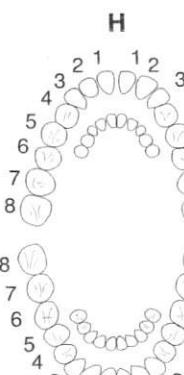
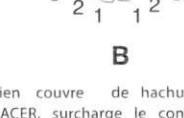
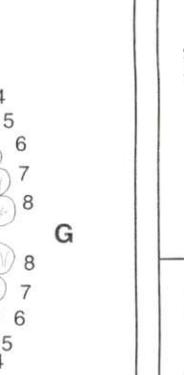
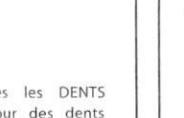
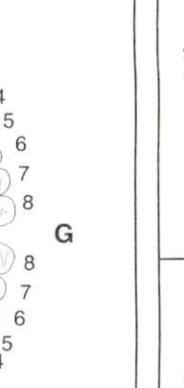
21598727

تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	22.08.2023  Dr. Lamine ISSI NADIA Professeur de Ophthalmologie 76, Boulevard Abdelloumen Res Noutoubia Casablanca Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15	3000DH
Pharmacie	22.08.2023  DR. CHAIBI KHALID Docteur en Pharmacie N° 22 Rue Boutin el Monzazem Casablanca	120,00 DH
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux	28/8/23  OPTIQUE AL HORA Bd Kodina II N°23 Ain Chock Casablanca OPTICIEN OPTOMETRISTE	5700,00 DH

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

**DEVIS**  **FACTURE**

<b>SOINS</b>  <b>H</b>  <b>D</b>  <b>G</b>  <b>B</b> <p>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</p>	<b>PROTHESE</b>  <b>H</b>  <b>D</b>  <b>G</b>   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 : 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## VOLET DÉTACHABLE

## Décompte de Remboursement

### Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WAFA ASSURANCE

/ 1145 /

CONTRAT N° : 9000 60 / 648100

NOM DE L'ASSURE : RABAOUA SIHAM

CERTIFICAT N° : 6824315 MATRICULE:

BENEFICIAIRE : RABAOUA SIHAM

DATE DE LA DECLARATION : 22/08/2023

DECLARATION N° : 21598727

/

DATE DE REMBOURSEMENT : 19/09/2023

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		85.0%	255.00
118	GOUTTES OCULAIRES	129.90		129.90		85.0%	110.42
25	Verres	4200.00		3500.00		85.0%	2975.00
26	Monture	1500.00		1250.00		85.0%	1000.00
TOTALS		6129.90		5179.90			4340.42
OBSERVATIONS :							

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

# AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



Tél. : 05 22 21 52 03

بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إذارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

ICE : 001774300000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0005169

Docteur : N. Achlissi  
Mr. : R.A.B. ACHLASSI SIHAR

## Nomenclature :

Montures :	VL	optiq UP	1500,-
	VP		

Type de verres : myopiq UP

## \* VISION DE LOIN :

OD :	Axe :	85°	Cyl :	1,65	Sph :	1,00	2100,-
OG:	Axe :	90°	Cyl :	1,65	Sph :	1,00	8100,-

## \* VISION DE PRES :

OD :	Axe :		Cyl :		Sph :	
OG:	Axe :		Cyl :		Sph :	

Add : .....

Total : ..... = 5700,-

Date : 18.8.163.....



# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en ophtalmologie  
maladies et chirurgie des yeux  
Ex professeur à la Faculté de Médecine  
et de pharmacie de CASABLANCA  
Ex attaché au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agree en Médecine Aéronautique

# الأستاذة لعويسى ن.

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بنافت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

*U*  
ur les patients  
mport  
hydratante

recommandés  
matiquement d'utiliser la solution à long terme de lentilles de contact  
du liquide lacrymal naturel, son acide viscosité de la solution, son acide  
toxiques indésirables de la solution est de 9,0%  
d'origine de l'œil "sec", de sécheresse moyenne,  
de brûlure, de douleur, de fatigue, syndrome de "Sal-  
érité", maladies de corps étrangers dans l'œil,  
éhardeur chronique, qui est à l'origine du syndrome  
de "l'œil sec" de l'œil en cas d'utilisation systématique  
des médicaments (hormonaux, anti-inflammatoire),  
ainsi que d'utilisation des cosmétiques, qu'après des constantes de  
l'œil, des infections

Casablanca, le :

22-8-03

RABA OUA Siham

lentille proprie  
me rues

UV OD (85-126)-15

OG (90-126) 18

DT. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
16, Boulevard Abdelmoumen  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15



76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1er Etage, Casablanca

Tél: 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15