

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-848189

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 06856  
Matricule : 06856 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Citemsi Othman  
Date de naissance : 02-04-1967  
Adresse : HABITUELLE 200420  
Tél. : 0681416106 Total des frais engagés : 5000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : HAOUY SAHAE Age : 55 Ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : CASABLANCA Le : 27/03/2024  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

# COMMANDATIONS IMPORTANTES

## UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.

tion doit être accompagnée de toutes pièces justificatives. (Ordonnances médicales prescrites, médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc.)

es ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints nances.

personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur copies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme. icats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par

taires : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses plus de 2 par séance. Une entente préalable et obligatoire

hospitalisation médicale ou chirurgicale : la déclaration de maladie doit être accompagnée ure détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventila- ais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.

remise des pièces : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remises à l'assureur au dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.

le forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un acte de naissance.

### Des données personnelles

es personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir iption du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers

de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et de postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré our est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales mentaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les mations.

r garantit notamment le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des s physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

nes sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte accès soit impossible à des tiers non autorisés.

r s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles ont leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

ées à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, ation, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la tale 16193 ou par e-mail : [conformite@wafaassurance.co.ma](mailto:conformite@wafaassurance.co.ma)

ère expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

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

## VOLET DÉTACHABLE

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



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BO ARDEL MOUMEN CASABLANCA TEL 09 22 34 55 55 - R.C. 51739 - IF 01085457 ICE 0000379600004  
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 : 22981160

Cachet de l'employeur

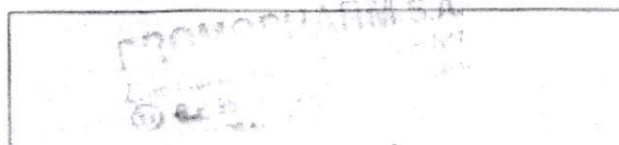
N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés



601512900  
693M32 Matricule Sté

HAOUDY Samir

☐ Medical ☐ Dentaire ☒ Optique

5000 Dht

Professeur Ouatae BENCHEKROUN  
Ophtalmologue  
Res. du Palais Bd Ghanchi Casablanca  
Tel/Fax : 0522 36 17 08  
Urgence : 0662 55 19 36

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

CERTIFICAT N°

22981160



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance





تامين الوفاء  
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement  
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM

/ 12193 /

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900

JOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE

64

CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132

BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE

DATE DE LA DECLARATION : 06/02/2024

DECLARATION N° : 22981160

/ 22981160

DATE DE REMBOURSEMENT : 14/03/2024

| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS   | VOUS AVEZ PAYE | REMB. ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMB. | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMB. |
|-----------|--------------------------|----------------|------------------------|---------------|----------|------------|------------------|
| 5         | Consultation spécialiste | 300.00         | 0.00                   | 300.00        | 0        | 90.00%     | 270.00           |
| 25        | Verres                   | 3500.00        | 0.00                   | 2410.00       | 0        | 90.00%     | 1807.50          |
| 26        | Monture                  | 1200.00        | 0.00                   | 1200.00       | 0        | 90.00%     | 900.00           |
| TOTAUX    |                          | 5000.00        | 0.00                   | 3910.00       |          |            | 2977.50          |

OBSERVATIONS :

a cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels



# OPTIQUE BEAUSÉJOUR



Latifa EL GOURAINI  
Opticienne - Optométriste

26 Avenue Omar Al Khayam  
Galerie Beausejour - Casablanca  
Tél.: 0522 23 44 27

I.F.: 51102063 - PAT: 34800565 - R.C.: 254026  
CNSS: 2627737 - ICE: 001080780000032

Le: 01/03/2024

INPE: 095000840 FACTURE 0004727

M: HAQUDY SANAË  
Dr: BENCHERKOU

| FOURNITURES                                 | N° DE NOMENCLATURE<br>CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION               | MONTANT |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|
| MONTURE                                     |                                                                     | 1200,00 |
| OD                                          | 431<br>OD: plon (-0,26 x 80)<br>progressif NIKON W<br>+ SC UV plus  | 1250,00 |
| OG                                          | 431<br>OG: +0,25 (-1,25 x 90)<br>progressif NIKON W<br>+ SC UV plus | 1250,00 |
| (T.V.A. 20% Incluse) TOTAL:                 |                                                                     | 4100,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : |                                                                     |         |
| Quatre mille sept cents                     |                                                                     |         |

EL GOURAINI  
Opticienne - Optométriste  
Optique Beauséjour  
26 Avenue Omar Al Khayam  
Tél: 0522 23 44 27 - Casablanca  
I.F.: 51102063 - PAT: 34800565  
CNSS: 2627737 - ICE: 001080780000032

INPE: 095000840