## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

#### ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MAI ADE

- 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
- 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 quérison 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 réglements seront alors rapides.

## VOLET DÉTACHABLE

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



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 pa la loi nº 17 99 portant code des assurances www.wafaassurance.ma

**DECLARATION DE MALADIE:** 23709325

Cachet de l'employeur  N° du contrat :  N° affiliation :  Vo Cachet de l'employeur	Syndicat des Retraités  BAH - MAROC  Ex: Farah Casa - Mutuelle  Matricule Sté:  A D D C C
Type de déclaration	☐ Médical ☐ Optique ☐ Optique
Total des frais engagés	4000/
Cachet du médecin :  Date de la consultation :	omontoty
Nom et prénom du malade :	Âge L
Lien de parenté :	☐ Lui-même
Nature de la maladie :	
	un caractère confidentiel, communiquer les renseigne- ention du médecin conseil de la compagnie.

Signature de l'assuré

**TOTAL DES FRAIS ENGAGES** 

DECLARATION		23	3709325
CONTRAT N°	: CERTIFICAT N°		lá II. í
NOM DU MALADE	:	V	تأمين الوفاء Wafa Assurance
DATE DE CONSULTATION	:	The state of the s	

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant			
Pharmacie			
Analyses /			
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux			×

VOLET DÉTACHABLE

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

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	Cœfficient	Montant Honoraires

SOINS	PROTHESE
	Н
4 <sup>3</sup> 5 6	1 2 3 4 5 6
7 8 W 7 W 6 9 5 4 2 2	8 G 8 7 6 5 5 4
2	B
A REMPLACER, surcha qui supporteront des	de hachures les DENTS rge le contour des dents crochets, indique la nature re de dents artificielles et

les soins	
Signature du pra des soins :	ticien attestant l'exécution et le paiement
Marana da b	Date:
	onoraires perçus par le praticien pour
la prothèse :	
	aticien attestant l'exécution et le paiement
Signature du pra	aticien attestant l'exécution et le paiement

### Instructions à suivre تعليمات بجب اتباعها Etablir une feuille de soins par personne et par événement. تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث. يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر). factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire). Le nom et prénom de la personne soignée doivent être يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de الممارسين على كل ورقة علاج. بجب ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises. و أثمنتها بالوصفات المرسلة. يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement. Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية base de la tarification nationale de référence. الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts. قابلة للتعويض. كل من ثبت عليه غش أو تصريح كانب للإستفادة من خدمات Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية. dues, est passible des sanctions légales et réglementaires. حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان L'obligation de remboursement prise par la CNSS est الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède خاص بمديرية التأمين الصحى الإجباري توقيع وطابع الوكالة Réservé à la DAMO Cachet et signature de l'Agence

تاريخ الاستلام: للللله الله الله الله الله Date d'arrivée :

Identification de l'agent :

//	1 1 2 1	UN	/			
111	نعلقة بالأسنان Feuille de			التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance M Obligatoire	مديرية 17.03.01 مديرية 17.03.01 مديرية	
الضمان الإجتماعي +0H08+ +0Je18+ CNSS	* موافقة مسبقة Entente préalable	*i Exéc	تنف *ution	Réf.: 610-1-04 مرجع رقم	مديرية Maladie : 17930	
CNSS	Partie réservée à l'as	suré(e)	وَمِن له (لِها)			-
Nom at pránam :	1 / // /	BUE	1/19/12		الإسم العائلي و الن	-
Nom et prénom :	100	0 =		سخصني:	الإسم العالني و الا	'
N° Immatriculation	vianala i	35	BAU	nech B	رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف	
N° de la Carte d'Identifé Na			7,		- , -	
Lien de parenté du bénéfici		Enfant	. I Tud make	المستفيد و المؤمن له (لها)* هو نفسه ا	علاقه القرابة بين	
	ذوج 🔲 Conjoint	Enfant 🔲	Lili Illel	11c ae : am 11c	٦	
Adresse:	BAKA KA-1	RUS	1/38	3 May RAPHY	العنوان:	
Montant des frais:	LOW APPS			-():	مبلغ المصاريف	
Nombre de pièces jointes :	( 00, 100			: 455	عدد الوثائق المرا	
Г	Déclaration du Chirur	gien Dentis	ب الأسنان te	تصريح طبي		=
Bénéficiaire des soins :	1 Dia	il	0 .	لعلاجات: الم	المستقيد من ال	
Nom et prénom :	ZRIOU	1	ran	لشخصي:	الاسم العائلي و ا	1
Date de naissance :		بالبا	للبلال	:	تاريخ الازدياد	
N° de la Carte d'Identité N	ationale:			يف الوطنية: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	رقم بطاقة التعر	,
Sexe*:			نکر 📗 M	انثی 🗹 F	الجنس: *	1000
NIOINIDE	dentification du Chiru	rgien Dent	يب المعالج iste	تعريف الطب		
	U711/100/			استدلالي للممارس:	الرقم الوطني الا	1
Type de soins			7 1 1		نوع العلاجات	i
Soins*					علاجات*	۵
Prothèse*		X			لبدلة السنية*	11
Orthodontie faciale*				جهي*	تقويم الأسنان الوج	ŭ
Autres*					علاجات أخرى*	
N° Entante préalable :		1111			رقم الموافقة المسب	
En cas d'accident présises	z			يرجى تحديد ما يلي :	في حالة حادث. إ	ė
Date d'accident		шЦ	لتتتال		تاريخ :	
J'atteste sur l'honneur l'exacti	حة كل ما ذكر أعلاه tude des renseignements porte			و صحة المطومات المذكورة أعلا ermations ci-dessus sincère		
Fait à :	11/1/2		Fait à : (	enrabbala	ب: ب	
Le: USL	في: المالية	1	Le: L	4 2024	فى :	
(lal)	توقيع المؤمن لله ure de l'assuré (و)		Onder	توقيع و طابع طبيب الأستان	4:-4-	
Signal			Lachet et S	ignature du Chirurgien Den	uste	
	A	Dr.Æ	LIQUITE W	FA		
- INP : Identification National	la du Pratician		Christen Denth	The state of the s		_
- * Cocher la mention utile por		3.Rue A	ra ancienne	ي الخانة المناسبة معاهد	*ضع العلامة فم	

11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 5

entification Nationale du Praticien er la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma: دار العرب - ساحة داكار - الدار البيضاء من ب. 1286 الكاربية - 1286 Casa-Gare - Teléphone: 0522 54 86 07-Fax: 05 22 54 86 73 - Web: www.cnss.ma

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P.: 2186 Casa-Gare - Teléphone: 0522 54 86 07-Fax: 05 22 54 86 73 - Web: www.cnss.ma

Centre d'appels 08200 7200

Description des o	rdonnances	100		2-10 T	جرد الوصفات
تاريخ التنفيذ Dates d'exécution	المبلغ المفوتر ُ Prix factureُ	Signa	لطبية ature et Cachet	ممون التجهيزات ا du Pharmacien et/or	توقيع و طابع الصيدلي أو I Fournisseurs des dispositifs médicaux
INP:					
INP:					
INF:					
Actes de Biologie, R	adiologie et Ima	agerie			عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
		-		ALC: The second second	
				1347	
				1	
INP:					
			1		
					*
INP:					
Actes Paramédicau					
	T	1		T	عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
_					
<b>√P:</b> [ 1 ]	لبلا				
		1			
P:	لبب				

اسنانمعالج		ectués				وصف العمليات المجراة
	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clè+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
PA	(Pol (	4.4.20h	ive y D	240	4000	Dr. Called Land Contract Contr
						3 Ree of 22 27 and
			4	3 2 1 1 1 3 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	23	
			\$ (3) 7 (2)		5	Bluran
			8 (V) 8 (V) 6 (V) 6 (V) 5 (4	3 20 1 1 B	(b) 5 (c) 7 (b) 8 (c) 7 (d) 6 (d) 5 (d) 5 (d) 6 (e) 5 (e) 4 (e) 7 (e) 8 (e) 7 (e) 8 (e) 7 (e) 8 (e) 9 (e) 9	PATONICALIAN STATE OF THE STATE

# Dr. Wafa FLHOUNE Chirurgien Dentiste Orthodentiste



ككتورة وفاء فليوهُ لمبيبة جراحة للأسنان وفي تقويم الأسنان

Casablanca, le 44 2024

Note allhororable

desputiente ZRIOUIL Rabia : effectué une PAT Primoxillaire : L'000, dh.

Dr. Chiron beauty and the second

<sup>3،</sup> زنقة العرصة، الطابق الثاني، المدينة القديمة – الدار البيضـــاء

<sup>3,</sup> Rue Arsa, 2ème Etage, Ancienne Médina - Casablanca Tél.: 05 22 27 63 66: الماتف

