

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, 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.



Wafa Assurance



SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABD
S.A. au capital de €

S_D_202340181-
1-43

719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
17 99 portant code des assurances

DECLARATION DE MALADIE : 23356468

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

66 / 560 200

N° affiliation :

7345879

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Mohamed KARIM

Type de déclaration

☐ Médical

☒ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

2000 DH (Devis)

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

07/07/2023

Nom et prénom du malade :

Karim mohamed

Âge

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

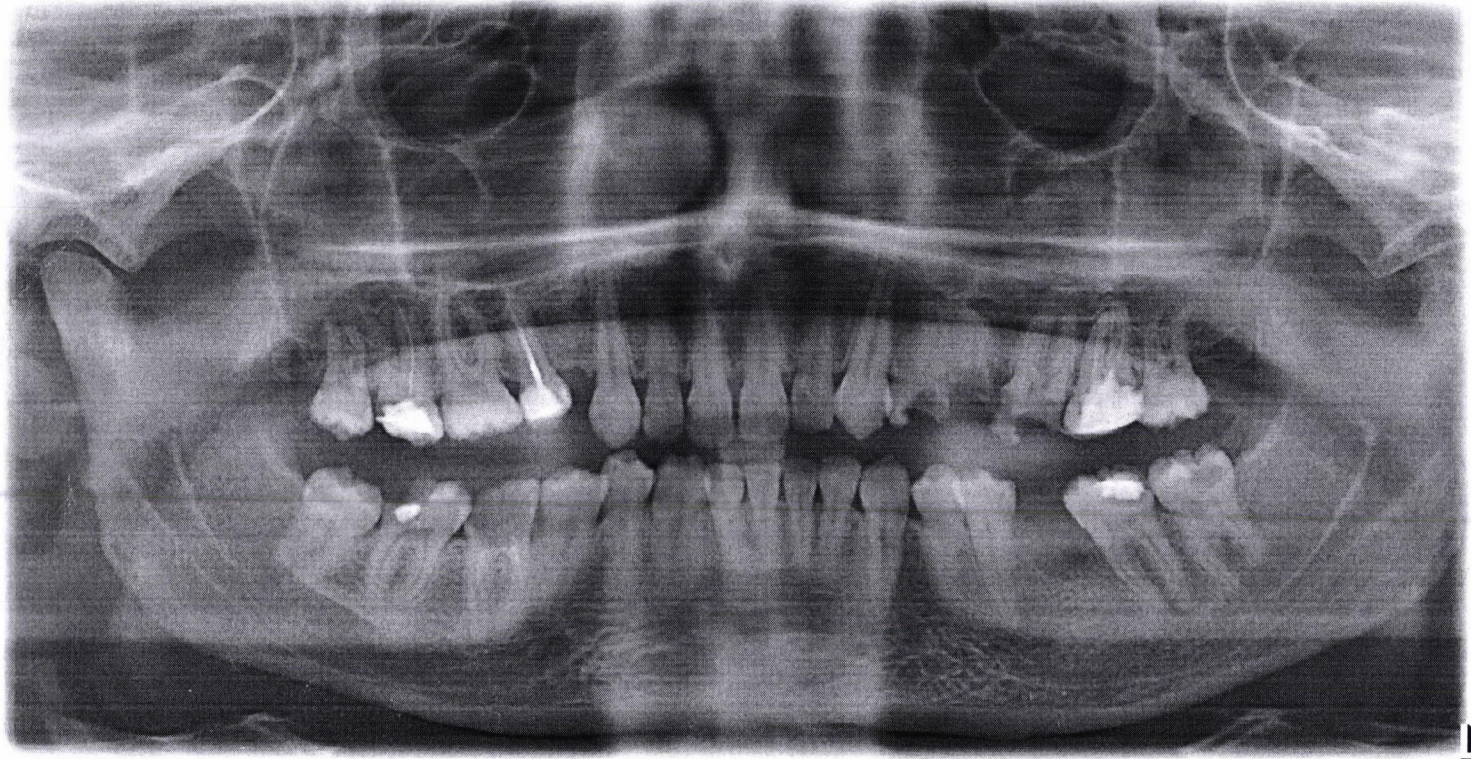
Nature de la maladie :

Prothèse dentaire

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

01XP 07/07/23: 12:13:11, Original



CENTRE DENTAIRE EL FITIR
Dr. EL MEHDI EL FITIR
15, Rue Calixtes Chetoui,
Khouribga - Tel: 05 25 49 82 89





S_D_202340181-
1-43_R-2

Casablanca le 11/08/2023

UNIVERSITE MOHAMED 6 BEN GUERIR
UNIVERSITE MOHAMED 6 BEN GUERIR
BEN GUERIR

INTERMEDIAIRE : A F M A
CONTRAT : 66/560200
NOM DE L'ASSURE : KARIM MOHAMED
CERTIFICAT : 7345879 / 7345879
DECLARATION : 23356468/MEA/S_D_20234
FRAIS ENGAGES : 2000.00

OBJET : LETTRE D'ACCORD

Messieurs,

Nous accusons réception de la déclaration maladie citée en référence et avons l'honneur de vous donner notre accord pour :

Nature des soins : la prothèse dentaire envisagée sur la base des clauses contractuelles
Médecin traitant : EL FITIT
A hauteur de : 600.00
Bénéficiaire : KARIM MOHAMED

A la fin du traitement, un reçu dûment acquitté ainsi que les pièces justificatives devront nous être adressés.

Il est entendu que cet accord est valable tant que l'assuré fera partie du personnel de la Société contractante et tant que le contrat souscrit auprès de notre compagnie est en vigueur.

Les remboursements seront effectués suivant les conditions contractuelles en vigueur à la date d'exécution des actes et ce, dans la limite du plafond disponible et des taux prévus au contrat.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

INDEMNISATIONS SANTE

NB: Accord valable pendant 3 mois ,
sous réserve d'un éventuel contrôle médical.
cet accord ne peut être considéré comme une prise charge.