

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

- 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

- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

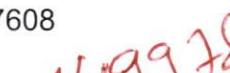
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

Déclaration de Maladie

Nº W21-617608

7608 149978

| | | | |
|---|--|---|--|
|  MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc | | Déclaration de Maladie | |
| N° W21-617608 | | | |
|  | | | |
| <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Dentaire | | <input checked="" type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres | |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : <u>12282</u> | | Société : <u>ROM</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| Nom & Prénom : <u>SMAÏNA HOUSSAINI</u> | | | |
| Date de naissance : <u>25/01/84</u> | | | |
| Adresse : <u>Alhambra 1000; ROM (4); App. B; ROM YAKHOUF</u> | | | |
| Tél. : <u>05233260</u> | | Total des frais engagés : <u>632,74</u> Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | |  | |
| Date de consultation : | | / / | |
| Nom et prénom du malade : | | Age : | |
| Lien de parenté : | | <input type="checkbox"/> Lui-même <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 plicconfidential 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 Bourget

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/02/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

onebonne, une aptitude, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA DISTRIBUTION
NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA
BENEFICIAIRE : MAKHLOUFI ZAKARIA
DECLARATION N° : 22005666

/ 1045 /

CONTRAT N°: 9106 60 / 365700

CERTIFICAT N° : 2358008 MATRICULE: 2358008

DATE DE LA DECLARATION : 02/12/2022

/ 22005666

DATE DE REMBOURSEMENT : 16/01/2023

| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS | VOUS AVEZ PAYE | REMB. ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMB. | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMB. |
|----------------|--------------------------|----------------|------------------------|---------------|----------|------------|------------------|
| 5 | Consultation specialiste | 250.00 | | 250.00 | | 80.0% | 200.00 |
| 15 | Pharmacie | 97.00 | | 97.00 | | 80.0% | 77.60 |
| 26 | Monture | 800.00 | | 800.00 | | 80.0% | 506.66 |
| 25 | Verres | 600.00 | | 495.00 | | 80.0% | 330.00 |
| TOTALS | | 1747.00 | | 1642.00 | | | 1114.26 |
| OBSERVATIONS : | | | | | | | |
| nr taxe | | | | | | | |

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

DECLARATION DE MALADIE : 22005666

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

Total des frais engagés

Matricule Sté :

MAKH Loufi ZAKANIA

Médical

Dentaire

Optique

1747 dh

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : MAKH Loufi ZAKANIA Âge

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

affection de la main

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 ENGAGES :

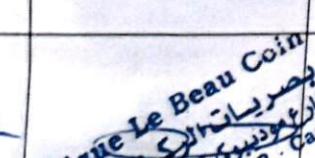
CERTIFICAT N°

22005666



تامين الوفاء
Wafa Assurance

INPE: 090029736

| Dates des actes médicaux | Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes | Montant des honoraires |
|--------------------------|--|---|
| Médecin traitant | 02/12/22 |  |
| Pharmacie | 02/12/22 |  |
| Analyses / Radiologie | | |
| Auxiliaires médicaux | 16.12.22 |  |

8

VOLET DÉTACHABLE

Optique le Beau Coin



FACTURE N° : 009707

Casablanca, le : 16.12.2022

Mr:.....MAKHLOUFI:.....ZALSAFI:.....

| | | | | | | |
|-----------------|----------------|-------------|----------------|-----------|-------------|------------|
| VL: | 1.00 | 1.00 | 145 | 1 | | |
| OD: | 0.95 | 0.95 | 145 | 1 | | |
| OG: | 0.95 | 0.95 | 145 | 1 | | |
| VP: | | | | | | |
| OD: | | | | | | |
| OG: | | | | | | |
| Monture: | <u>éthique</u> | | | | | |
| Verres: | <u>lentig</u> | <u>curv</u> | <u>antiref</u> | <u>16</u> | <u>8.00</u> | <u>0.2</u> |
| | | | | | <u>6.00</u> | <u>0.0</u> |
| | | | | | | |

Total : 14.00.1.00
 Optique Le Beau Coin
 Arrêtée La présente Facture à la Somme de 14.00.1.00
 مصريات الكنز التجاري
 شارع موبو كيلوك "ج" رقم 70
 GSM: 0625 27 25 92
 14.00.1.00

Bd Moudibikita, Bloc (j) N°70 – Casablanca – Tél : 06 25 27 25 92 – INP : 001719172

Patente N° 36612797 – I.F : 50791172 – RC : 335848 – ICE : 001790060000087

Dr TRITKI Nadia



د. الطريططي ناديا

Spécialiste des maladies et chirurgie
des yeux des adultes & enfants

إختصاصية في طب و جراحة العيون
للكبار و الصغار
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية بمستشفى 20 غشت سابقا

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca
Ancienne interne de l'hôpital 20 Août

Mohammed, Le : 02 décembre 2022

Mr. MAKHLOUFI ZAKARIA

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Aminois

OD = - 1.00 (- 1.00 à 145°)

OG = - 0.75 (- 0.75 à 45°)

TRITKI Nadia
Dr. Tritki Nadia
Dr. Tritki Nadia

Optique Le Beau Coin
بصريات البواء
شارع عبد الرحيم الخطاطي، رقم 4،
70300000، الدار البيضاء، المغرب
GSM: 0625 27 75 93 - Casablanca

٠٥ ٢٣ ٣٢ ٢٢ ١٢ / ٩ : ٦٧، boulevard Abderrahim al khattabi,
Hôpital 20 Août 2nd floor apt n° 4 (au-dessus SW), El Aïn - Mohammed
67 شارع عبد الرحيم الخطاطي، حي العيون، الشقة رقم 4 (فوق يم) العالية - الدار البيضاء

Optique le Beau Coin



FACTURE N° : 009707

Casablanca, le : 16.12.2022

Mr :.....MAKHLUFI.....ZAISARi.....

| | | |
|--|--|---------------|
| VL: | ..... | ..... |
| OD: ١٠٥ ١٠٥ ١٤٥ | ..... | ..... |
| OG: ٩٦٥ ٩٦٥ ١٤٥ | ..... | ..... |
| VP: | ..... | ..... |
| OD: | ..... | ..... |
| OG: | ..... | ..... |
| Monture: ٦٣٧ | 8.00 | 0.0 |
| Verres: ٣٧٩ ٣٧٩ ٣٧٩ ١٦.٥٦ K.N | 6.00 | 0.0 |
| Total: ١٤.٥٦ | 14.56 | 0.0 |
| Arrêtée La présente Facture à la Somme de: | Optique Le Beau Coin | بصريات البوبي |
| ١٦٦٤٤ | شارع محمد بن عبد الله بن مطر - ج ٧٥ رقم ٧٥ | جدة |
| GSM: ٠٥٢٥٢٧٢٥٩٢ | GSM: ٠٥٢٥٢٧٢٥٩٢ | Casa |

Bd Moudibikita, Bloc (j) N°70 – Casablanca – Tél : 06 25 27 25 92 – INP : 001719172

Patente N° 36612797 – I.F : 50791172 – RC : 335848 – ICE : 001790060000087

Optique Le Beau Coin
بصريات البوكيت
شارع حوديبوكيلوك - جـ رقم 70
GSM: 0525 27 25 92 Casa