

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 canaux, 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 canaux.

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'Horizon - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-617608

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12272

Société : RAY

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SARAH BOUMA

Date de naissance : 25/03/84

Adresse : Avenue Hassan II, 20000, Ag. B. RAY YAKHOOF

Tél. : 0600303260

Total des frais engagés : 632,24

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 FEV. 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : Complémentaire

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 : Cas

Le :

16/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prie 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.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA DISTRIBUTION / 1045 /
NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA
BENEFICIAIRE : MAKHLOUFI ZAKARIA
DECLARATION N° : 22005666 / 22005666

CONTRAT N° : 9106 60 / 365700
CERTIFICAT N° : 2358008 MATRICULE: 2358008
DATE DE LA DECLARATION : 02/12/2022
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 spécialiste	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
TOTAUX		1747.00		1642.00			1114.26
OBSERVATIONS :							
nr taxe							

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

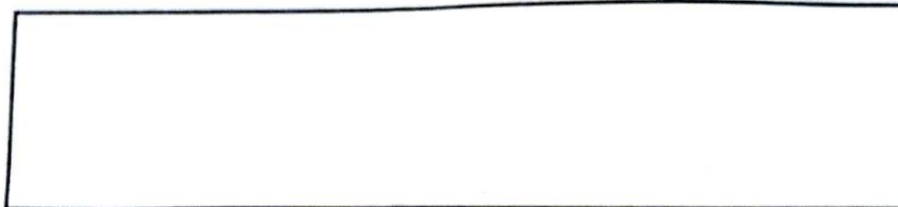


تامين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 RD 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 par la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 22005666

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

MAKH LOUFI ZAKARIA

Type de déclaration

☐ Médical

☒ Dentaire

☒ Optique

Total des frais engagés

1747 dh

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

02/12/2022

Nom et prénom du malade :

MAKH LOUFI ZAKARIA

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

affection de la vue

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°

22005666

NOM DU MALADE

:

DATE DE CONSULTATION

:

TOTAL DES FRAIS ENGAGES :

:



تامين الوفاء
Wafa Assurance

INPE: 091029736

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	21/12/22	Dr. TRITIO Nadia Ophtalmologiste M. El Abellah El Khattabi - El Layouni Tél: 05 23 32 22 12	250,00
Pharmacie	02/12/22	Pharmacie Louizia Dem Lahlef Tél: 05 23 33 45 17	97,60
Analyses / Radiologie			
Auxiliaires médicaux	16.12.22	Optique Le Beau Coin شارع موديبكيتا بلوك 70 رقم 70 GSM: 0625 27 25 92 - Casa	1400,00

VOLET DÉTACHABLE

Optique le Beau Coin



FACTURE N° : 009707

Casablanca, le : 16.12.2022

Mr : MAKHLOUFI ZAISALIA

VL		
OD	1.00 / 1.00 - 145°	
OG	0.75 / 0.75 - 45°	
VP		
OD		
OG		
Monture	cel. noire	800,00
Verres	cel. anti-reflet	600,00
	16. EL LKN	
Total		1400,00

Arrêtée La présente Facture à la Somme de : Mille quatre cent 77

Optique Le Beau Coin
شارع موديبكيتا بلوك 70 رقم 70
GSM: 0625 27 25 92 - 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

Dr TRITKI Nadia

Spécialiste des maladies et chirurgie
des yeux des adultes & enfants

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



د الطربطقي نادية

إختصاصية في طب و جراحة العيون
للكبار و الصغار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية بمستشفى 20 غشت سابقا

Mohammedia, Le: 02 décembre 2022

Mr. MAKHLOUFI ZAKARIA

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Amindis

OD = - 1.00 (- 1.00 à 145°)

OG = - 0.75 (- 0.75 à 45°)

Dr. TRITKI Nadia
Consultation des Maladies et Chirurgie des Yeux des Adultes et Enfants
20, rue Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 23 32 22 12 / 9 : 67, boulevard Abdelkrim al Khattabi,
Hay Mohammadia 2^{ème} étage app. n° 4 (au-dessus SNV), El alla - Mohammedia

Optique Le Beau Coin
بصرى لاند الركن الجميل
شارع موندوبوكيت بلوك 4 - رقم 70
GSM: 0625 27 25 92 - Casa

☎ : 05 23 32 22 12 / 9 : 67, boulevard Abdelkrim al Khattabi,
Hay Mohammadia 2^{ème} étage app. n° 4 (au-dessus SNV), El alla - Mohammedia
67 شارع عبد الكريم الخطابي حي العيون الشقة رقم 4 (فوق بيم) العالية - المحمدية

Casablanca, le : ...16...12...2022

VL :		
OD : 1.00 / 1.00 145°		
OG : 0.75 / 0.75 45°		
VP :		
OD :		
OG :		
Monture : cat. r. 1.00		
Verres : cat. r. 1.00 1.6.5 ILKN		

Total : 1400.00

Arrêtée La présente Facture à la Somme de : 1400.00

Optique Le Beau Coin

بصريات الركابي الجميل

شارع موديبو كيتا بلوك "ج" رقم 70

GSM: 0625 27 25 92 Casa

Scanné avec CamScanner