

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



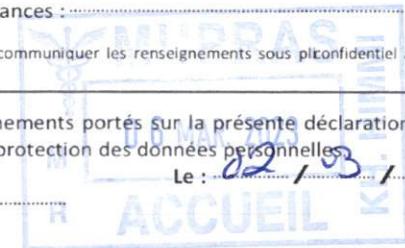
## Déclaration de Maladie

N° W21-617600

15/182

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12282 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : SAMDOUAS DOUNIA			
Date de naissance : 25/01/84			
Adresse : Résidence LAHLOU, App 18, 8eme Boulevard Mohamed V			
Tél. : 060203260 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : MARILOU SAMDOUAS Age : 38 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : CONGESTIONNAIRE	
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 : 02/03/23
Signature de l'adhérent(e) : 	



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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
25533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

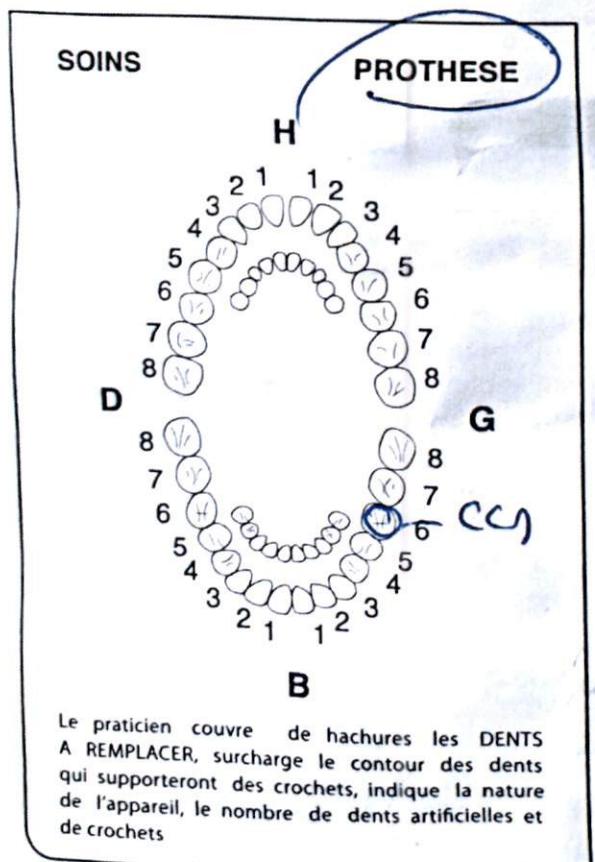
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	Coefficient	Montant Honoraires
23.11.22	CCN	3C	1,80	216 = 94

Dr. Amal TAYABI  
Chirurgien Dentiste  
1207 Maryem Bd Sebta N° 1  
El Alia - Monastir  
Tél : 05 23 28 67 00



Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins

Signature du praticien attestant l'exécution des soins :

Date :

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :

Date de l'appareillage :

Dr. Amal TAYABI  
Chirurgien Dentiste  
1207 Maryem Bd Sebta N° 1  
El Alia - Monastir  
Tél : 05 23 28 67 00

Casablanca le 16/01/2023

WANA DISTRIBUTION  
LA COLLINE LOT 1 ET 2 SIDI MAAROUF  
CASABLANCA

INTERMEDIAIRE : AGMA  
CONTRAT : 60/365700  
NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA  
CERTIFICAT : 2358008 / 2358008  
DECLARATION : 22005664/hm /22005664  
FRAIS ENGAGES : 2500.00

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 : UNE CCM (S/R production des radios post-exécution).  
Médecin traitant : TAYABI  
A hauteur de : 2000.00  
Bénéficiaire : MAKHLOUFI ZAKARIA

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.

CLADIE : 22005664

WANA DISTRIBUATION  
Direction Support & Admin  
Administration  
Lot La Colline II, Lot 10  
Sidi Maârouf - 20190 Casablanca  
Tél : 0529 000 000 / Fax : 0529 000 000

601365700

23178057 Matricule Sté :

Le l'assuré MAKHLOUFI Zakaria

ion  Médical  Dentaire  Optique

engagés : 2500

édecin :

Dr. Amal TAYABI  
Chirurgien Dentiste  
Lot Maryem Bd Sebta N° 1  
Sidi - Mohammedia  
Tél : 05 23 28 67 00

nsultation : 1031116011

nom du malade : MAKHLOUFI Zakaria Âge 21

renté :  Lui-même  Conjoint  Enfants

la maladie : Devis d'ecap 36

Si ou la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

Le l'assuré

ION

N°

: CERTIFICAT N°

MALADE

:

CONSULTATION

:

ES FRAIS ENGAGES :

22005664



نماهين الوفاء  
Wafa Assurance

**Décompte de Remboursement**

**Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : WANA DISTRIBUTION / 1045 /

CONTRAT N° : 9106 60 / 365700

NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA

CERTIFICAT N° : 2358008 MATRICULE: 2358008

BENEFICIAIRE : MAKHLOUFI ZAKARIA

DATE DE LA DECLARATION : 08/02/2023

DECLARATION N° : 22005664 / 22005664

DATE DE REMBOURSEMENT : 28/02/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
28	Prothese dentaire	2500.00		2500.00	180	80.0%	2000.00
	TOTAUX	2500.00		2500.00			2000.00
OBSERVATIONS :							

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