

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.



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

Déclaration de Maladie

N° W21-617600

151820

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matière : 12202 Société : RM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SANDOVS DOUNIA

Date de naissance : 25/01/84

Adresse : Résidence LAHLOU, App 18, Bn 18

Tél. : 060203260 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. M. ELLOUFI ZAHARA Age : 39 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : COMPLAISANCE

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 : 02/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

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

[illegible][illegible]

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

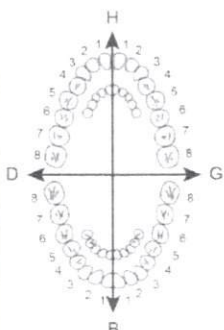
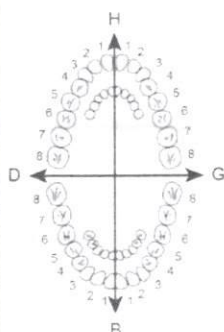
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

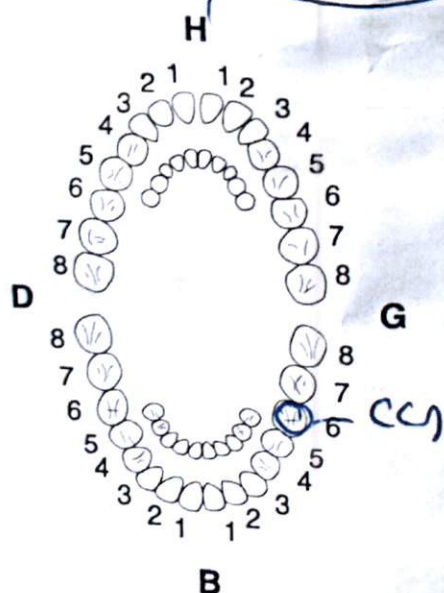
DEVIS ☒ FACTURE ☐

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires
3.11.22	CCN	36	D, 180	270 = 90

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

SOINS

PROTHESE



Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets

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 :

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

MALADIE : 22005664

Assureur

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

60 / 385700

23 / 8008

Matricule Sté :

Nom de l'assuré

MAKHLOUFI Zakaria

Pratiquant

☐ Médical

☒ Dentaire

☐ Optique

Frais engagés

2500

Médecin :

Dr. Amal TAYABI
Chirurgien Dentiste
Lot Maryem Bd Sebta N°4
El Aïna - Mohammedia
Tél : 05 23 28 67 00

Date de consultation :

10 / 3 / 11 / 2022

Nom du malade :

MAKHLOUFI Zakaria

Âge

Pratiquant

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Devis d'assurance 36

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

Nom de l'assuré

Pratiquant

N°

CERTIFICAT N°

MALADE

CONSULTATION

FRAIS ENGAGÉS

22005664



تامين الوفاء
Wafa Assurance



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA DISTRIBUTION / 1045 /
NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA
BENEFICIAIRE : MAKHLOUFI ZAKARIA
DECLARATION N° : 22005664 / 22005664

CONTRAT N° : 9106 60 / 365700
CERTIFICAT N° : 2358008 MATRICULE:2358008
DATE DE LA DECLARATION : 08/02/2023
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