

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 16 922

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SMAÏDOUNE BOUAFIA

Date de naissance : 28/01/84

Adresse :

Tél. : 060 823 260

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Complainte FEV 2024

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

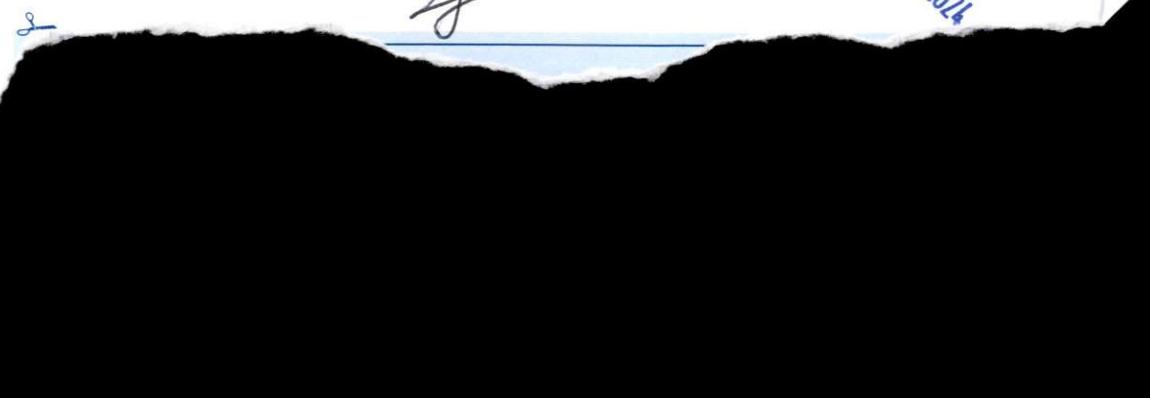
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : .../...

FEV. 2024



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

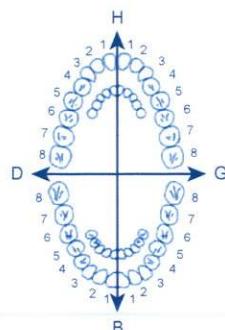
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

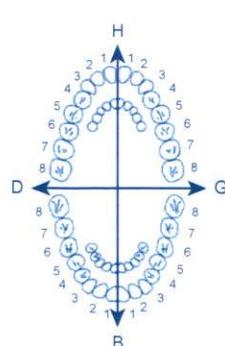
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
D	
35533411	11433553
G	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAILX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

مركز المحمدية للتحاليل الطبية Centre de Biologie de Mohammedia

HÉMATOLOGIE - BIOCHIMIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - MYCOLOGIE - PARASITOLOGIE



Dr Halyt Jamal

Ancien Pharmacien Biologiste

à l'hôpital Militaire HMIMY - Rabat

Diplôme Universitaire en Management
de la Qualité à L'Université
de Bordeaux - France

FACTURE N° : 231100236

MOHAMMEDIA le 09-11-2023

Mr MAKHLOUFI Zakaria

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E10	E
	Clairance calculée selon la formule MDRD	B50	B
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B160	B
0120	Ionogramme complet(Na, K, Cl, Prot, RA, Ca)	B60	B
0134	Triglycérides	W30	B
0135	Urée	B300	B
0162	Testostérone	B80	B
0216	Numération formule		

Total des B : 900

TOTAL DOSSIER : 1216.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent seize dirham .

مختبر المحمدية
Centre de Biologie de Mohammedia
Dr HALYT JAMAL Pharmacien Biologiste
Tél: 05 23 28 84 05
Fax: 05 23 28 84 05
INPE: 05 23 28 84 05
Tél: 05 23 28 84 05
Fax: 05 23 28 84 05

ORDONNANCE

Le 08/11/2022

Nom : ZAKOURA

Age : 28 ans

MATCHLOUR

NPSS
uric (creatinine)
plaque creatinine
acide urique
testos ferane
clés level total

HDL
fPL
triglycerides
Cachet GSY
ionogramme salive

Dr. Mariana SAWON
NIPRATICINE
Mohammed 52
23 3 2023 Date de la prochaine visite:

	Val	Clefs
E10	E	
B50	B	
B30	B	
B50	B	
B50	B	
B30	B	

DIA le 09-11-2023

Dr Halty Jamal
Ancien Pharmacien Biologiste
Hôpital Militaire HMIMV - Rabat
Universitaire en Management
de la Qualité à l'Université
de Bordeaux - France



CBM

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	08/11 2023	Dr. Mariana SADON MARRATICHE NNL Mohammedia Tél. : 0523 555752	150DH
Pharmacie			
Analyses / Radiologie	03/11/23	Centre de biologie de mohammedia Dr. JAMAL HALTY Pharmacien Biologiste Tél. : 05 23 28 04 05 INPE : 093062099	1916,00 DH
Auxiliaires médicaux			

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

EGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
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 : 23910029

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation : Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré :

Type de déclaration Médical Dentaire Optique

Total des frais engagés :

Dr. Mariana SIMON

DENTISTE PRATICIENNE

Mohammed

05 23 33 51 52

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : MAKHLOUFI ZAKARIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfants

Nature de la maladie :

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

ECLARATION

CONTRAT N° : CERTIFICAT N°
NOM DU MALADE :
DATE DE CONSULTATION :
TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS :

23910029



تأمين الوفاء
Wafa Assurance



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement

Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA DISTRIBUTION
NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA
BENEFICIAIRE : MAKHLOUFI ZAKARIA
DECLARATION N° : 23910029

/ 11794 /
60

CONTRAT N° : 9106 60 / 365700

CERTIFICAT N° : 2358008 MATRICULE: 2358008

DATE DE LA DECLARATION : 08/12/2023

/ 23910029

DATE DE REMBOURSEMENT : 14/12/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
1	Consultation	150.00	0.00	150.00	0.8000%	120.00	
13	Analyses medicales	1216.00	0.00	1216.00	0.8000%	972.80	

TOTAUX

1366.00

0.00

1366.00

1092.80

OBSERVATIONS :

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