

## 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 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 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.

**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

W21-839034

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12232 Société : MAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SMOUINE OUMIA

Date de naissance : 21/03/84

Adresse : 196531

Tél. : 060823260 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 : Couple marié

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.

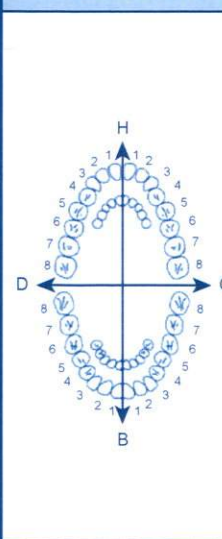
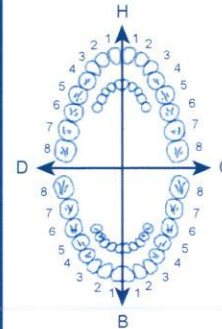
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 16 FEB. 2024

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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

[illegible][illegible]

\_\_\_\_\_

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



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	B30	B
0120	Ionogramme complet( Na, K, Cl, Prot, RA, Ca)	B160	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0162	Testostérone	B300	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 900

TOTAL DOSSIER : 1216.00 DH

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

مركز المحمدية للتحاليل الطبية  
Centre de Biologie de Mohammedia  
Dr JAMAL HALTY  
Pharmacien Biologiste  
Tél: 05 23 28 04 05  
INPE : 093062099

# ORDONNANCE

Le 08/11/2022

Nom : .....

Age : .....

MAKHLOUTI

HALTAWA

مركز المصحية للتحاليل  
Centre de biologie de mohammedia  
Dr. ANA L HALTY  
Pharmacien Biologiste  
Tél : 05 23 28 04 05  
INPE : 093062099

NFS  
uree, creatinine  
alanine creatine  
acide urique  
testosterone  
cholesterol total

HDL

LDL  
triglycerides

ionogramme  
sanguin

Dr. Mariana SIMON  
Dr. NIPRATIC  
Mohammedia  
Tél : 05 23 30 21 52

Date de la prochaine visite: .....

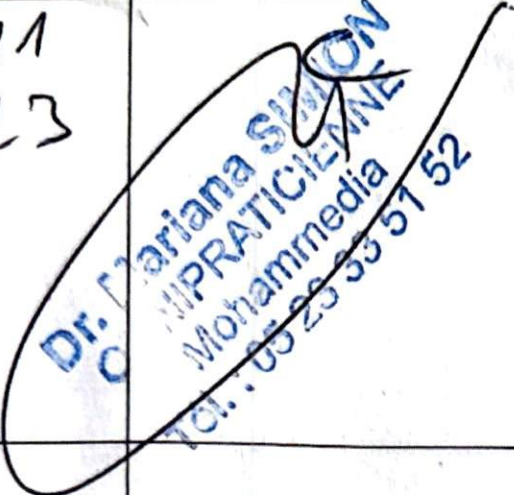

DIA le 09-11-2023

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

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





	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	08/11 2023	 Dr. Mariana SIMON PRATICIENNE Mohammedia Tél. : 05 23 53 57 52	150DH
Pharmacie			
Analyses / Radiologie	03/11/23	 مركز المحمدية للتحاليل الطبية Centre de biologie de mohammedia Dr. JAMIL HALTY Pharmacien Biologiste Tél. : 05 23 28 04 05 INPE : 093062099	1216,00 Dh
Auxiliaires médicaux			

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

EGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - 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

Cachet du médecin :

Dr. Mariana SIMON  
O.M. PRATICIENNE  
Mohammedia  
05 23 33 51 52

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : MAKHLOUFI ZAKARIA

Âge

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

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGES

23910029



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance



تامين الوفاء  
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement  
Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : WANA DISTRIBUTION / 11794 / 60

CONTRAT N° : 9106 60 / 365700

NOM DE L'ASSURE : MAKHLOUFI ZAKARIA

CERTIFICAT N° : 2358008 MATRICULE:2358008

BENEFICIAIRE : MAKHLOUFI ZAKARIA

DATE DE LA DECLARATION : 08/12/2023

DECLARATION N° : 23910029 / 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	80.00%	120.00
13	Analyses medicales	1216.00	0.00	1216.00	0	80.00%	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