

## 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, parodontologie 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 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-466438

ND 336200

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 2291 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_


Nom & Prénom : CHAH Khaled

Date de naissance : 08.09.1957

Adresse : 28 LOT AL ASSIL MOHAMMEDIA

Tél : 0668427172 Total des frais engagés : 1530,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  Pour Complément

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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


Nature de la maladie : ..... 10.10.2022

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 : ..... Le : 10/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

# Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -  
CONTRACTANTE :  
NOM DE L'ASSURE : LESIEUR / 734403/  
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA  
DECLARATION N° : EL KHALFI FATIHA  
18848816 / 72499

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000  
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343  
DATE DE LA DECLARATION : 10/02/2020  
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2020

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

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
11	Kinesithérapie	2400.00		1800.00		85%	1530.00
	<b>TOTAUX</b>	2400.00		1800.00			1530.00
	<b>OBSERVATIONS :</b>						

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.





ASMAA AGUENAOU

KINESITHERAPEUTE

Boulevard Hassan II, Résidence Walid C

1<sup>er</sup> étage, Appart. n° 3 - Mohammedia

Tél : 0523 32 30 62

Le 29/01/2020

**DEVIS D'HONORAIRES**

NOM PATIENT : Mme. EL KHALFI Fatiha

NATURE DE MALADIE : tendinopathie de l'épaule droite

SOINS PROPOSES : 20 séances de AMM7+6/2

Physiothérapie et rééducation fonctionnelle de l'épaule droite

TARIF UNITAIRE : 120 Dh

TOTAL : 20 x 120 Dh soit 2400 Dh

« DEUX MILLE QUATRE CENT DIRHAMS »

Asmaa AGUENAOU  
Kinésithérapeute  
Bd. Hassan II Résid. Walid "C"  
1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Mohammedia  
Tél : 023 32 30 62

clinique  
mers  
Sultan



مصحة  
مرس  
السلطان

Casablanca, le 27/01/20

Pr. Mohamed Arssi

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

TRAUMATOLOGIE DU SPORT

CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

CHIRURGIE ET MÉDECINE DU SPORT

TEL : 0522 27 02 79 - FAX : 05 22 26 79 42

GSM : 06 61 25 11 11 - E-mail : m.arssi@hotmail.fr



Asmaa AGUENAOU  
Kinésithérapeute  
Bd. Hassan II Résid. Walid "C"  
1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Mohammedia  
Tél : 023 32 30 62

**LETTRE DE REEDUCATION**

***Cher confrère :***

Je vous adresse Mr/Mme : EL KHALFI FATIHA  
Qui présente : Rupture partielle du tendon  
Traitée par : Subscapulaire associée à une  
Pour rééducation fonctionnelle : tendinopathie de  
Nombre de Séances : la ligue biceps du biceps  
OBSERVATIONS : faire rééducation de l'épaule  
Dte

- ☒ MOBILISATION ARTICULAIRE
- ☒ RENFORCEMENT MUSCULAIRE
- ☒ PHYSIOTHERAPIE
- ☒ CRYOTHERAPIE
- ☒ M.P.T
- ☒ RECUPERER AMPLITUDES ARTICULAIRES
- ☒ DRAINAGE
- ☒ GAINAGE
- ☐ AUTRES :

Loi n° 31/2006

**URGENCES 24H/24H**

46, شارع عمر الإدريسي (قراي حديقة مردوخ) - الدار البيضاء-الفاكس : 05 22 26 79 42

64 BD Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - casablanca-fax : 05 22 26 79 42

الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G.) / 05 22 27 02 79 / 05 22 27 80 34 / 05 22 26 73 00 / 05 22 27 53 71 / 05 22 27 32 85

E-mail : info@cliniquemerssultan.ma / www.cliniquemerssultan.ma



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, 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 : 18907371**

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

Type de déclaration

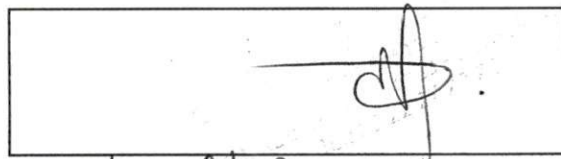
☐ Médical

☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

27/01/20

Nom et prénom du malade :

ELI ALI FATIMA

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Rupture partielle du tendon  
du muscle biceps huméral  
à l'attention du médecin conseil de la compagnie

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS

CERTIFICAT N°

18907371



تأمين الوفاء  
Wafa Assurance

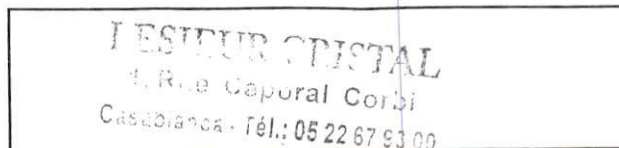
L 00 724 99

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

18848816

Chet de l'employeur



du contrat :

affiliation :

Matricule Sté : 34322

n et prénom de l'assuré

EL KHALFI FATIHA

e de déclaration

☐ Médical

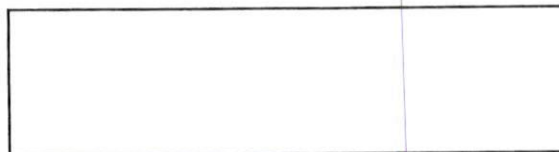
☐ Dentaire

☐ Optique

al des frais engagés

2400,00

Chet du médecin :



e de la consultation :



n et prénom du malade :

EL KHALFI Fatima Âge

n de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

ure de la maladie :

Arthrose femur pelvienne

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

ture de l'assuré

03 DEC

URGENCE 24H/24H

46, شارع عمر الإدريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء-الفاكس : 05 22 26 79 42

	Jour	Date	Heure
1	Jeudi	26	18
2	Vendredi	30	12
3	Vendredi	03	01
4	Vendredi	07	01
5	Vendredi	10	01
6	Vendredi	14	01
7	Vendredi	17	01
8	Vendredi	21	01
9	Vendredi	24	01
10	Vendredi	28	01
			16h00

	Jour	Date	Heure
11	Vendredi	31	01
12	Vendredi	04	02
13	Vendredi	06	02
14	Samedi	08	02
15	Vendredi	10	02
16			
17			
18			
19			
20			
			16h00

Asma AGUENNAOU  
Kinésithérapeute  
Bd. Hassan II Résid. Walid "C"  
1er Etage N° 3 - Mohammedia  
Tél : 077 22 30.62

JOENNAOU  
Kinésithérapeute  
Bd. Hassan II, Résidence Walid C  
Appart. n°3 - Mohammedia  
Tél : 0523 32 30 62  
ICE 001891493000092

10/02/2020

ablanca le 19



## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -  
CONTRACTANTE : LESIEUR  
NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA  
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA  
DECLARATION N° : 18346320 / 73734

/ 752932/

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000  
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343  
DATE DE LA DECLARATION : 21/01/2020  
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	300.00		300.00		85%	255.00
15	Pharmacie	456.00		456.00		85%	387.60
<b>TOTAUX</b>		756.00		756.00			642.60
<b>OBSERVATIONS :</b>							

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

## Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -  
CONTRACTANTE : LESIEUR  
NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA  
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA  
DECLARATION N° : 18848816 / 72499

/ 734403/

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000  
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343  
DATE DE LA DECLARATION : 10/02/2020  
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
11	Kinesithérapie	2400.00		1800.00		85%	1530.00
<b>TOTAUX</b>		2400.00		1800.00			1530.00
<b>OBSERVATIONS :</b>							

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

\*voir clause « Protection des données personnelles » au verso