

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 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

N° W19-466438

TD 33690°

| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2291 | | Société : RAM | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : CHAHID Khalid | | | |
| Date de naissance : 08.09.1957 | | | |
| Adresse : 28 Lot An Asil MOHAMEDIA | | | |
| Tél. : 066.842.7177 | | Total des frais engagés : 1530.00 Dhs | |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : / / | |
| Nom et prénom du malade : / / | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : / / | |
| 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 10/08/2022



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : AFF : /-

NOM DE L'ASSURE : LESIEUR

/ 734403/

CONTRAT N° 9106 60 / 357000

CERTIFICAT N° 2185878 MATRICULE 343

BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA

DATE DE LA DECLARATION : 10/02/2020

EL KHALFI FATIHA

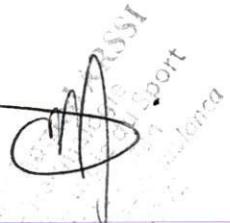
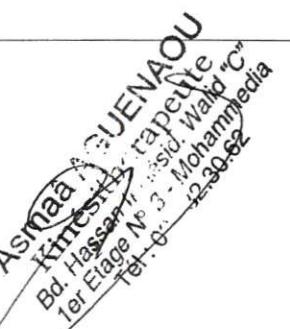
DATE DE REMBOURSEMENT : 11/03/2020

DECLARATION N° : 18848816

/ 72499

| CODE ACTE | NATURE DES PRESTATIONS | VOUS AVEZ PAYE | REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE | BASE DE REMBOURSEMENT | * COEFF. | TAUX REMB. | MONTANT DE REMBOURSEMENT |
|-----------|------------------------|----------------|--------------------------------|-----------------------|----------|------------|--------------------------|
| 11 | Kinesitherapie | 2400.00 | | 1800.00 | | 85% | 1530.00 |
| | TOTAUX | 2400.00 | | 1800.00 | | | 1530.00 |

OBSERVATIONS :

| | Dates des actes médicaux | Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes | Montant des honoraires |
|-----------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| Médecin traitant | 27/01/20 |  Dr. Hassan | 51 |
| Pharmacie | |  Dr. Hassan | |
| Analyses / Radiologie | | | |
| Auxiliaires médicaux | Le 28/01/20 |  Dr. Hassan | 12000 220 <hr/> 14000 |

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS FACTURE

The diagram illustrates a dental prosthesis framework. The top row of teeth is labeled 'H' and the bottom row 'G'. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The framework is labeled 'B' at the bottom. The left side is labeled 'D' and the right side 'G'. The top left corner is labeled 'SOINS' and the top right 'PROTHESE'.

| | |
|--|----------------------|
| Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins : | <input type="text"/> |
| Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : | |
| Date : <input type="text"/> | |
| Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : | <input type="text"/> |
| Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse : | |
| Date de l'appareillage : <input type="text"/> | |

ASMAA AGUENAOU

KINESITHERAPEUTE

Boulevard Hassan II, Résidence Walid C

1^{er} 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"
1er Etage N° 3 - Mohammedia
Tel : 0523 32 30 62

clinique
mers
Sultan



مصحة
mers
السلطان

Casablanca, le



Pr. Mohamed Arssi
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
TRAUMATOLOGIE DU SPORT
CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE
CHIRURGIE ET MEDECINE DU SPORT
TEL : 0522 27 02 79 - FAX : 05 22 26 79 42
GSM : 06 61 25 11 11 - E-mail : m.asssi@hotmail.fr

LETTRE DE REEDUCATION

Cher confrère :

Je vous adresse Mr /Mme : *ELlet AL Fi Fatiha*
Qui présente : *Rupture partielle du tendon*
Traité par : *Arthroscopique associée à une*
Pour rééducation fonctionnelle : *Tendinopathie de*
Nombre de Séances : *la ligne posté du biceps*
OBSERVATIONS : *face médio-latérale de l'épaule*
oté
20 séances 30 minutes

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

URGENCES 24H/24H

46, شارع عمر الباريسي (فرانكوفونية مربوحة) – 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
Tél : 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

Asmaa AGUENAOU
Kinésithérapeute
Bd. Hassan II Résid. Walid "C"
1er Etage N° 3 - Mohammedia
Tél : 0523 32 30 62

Dr. Mohamed ARSSI
Chirurgien orthopédiste et traumatologue
Chirurgie et Médecine du Sport
64 Rue Tafoukt, Casablanca 27 112
Pr. M. ARSSI



SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004
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 :

Nom et prénom du malade : EL HASSAFI FATHIA 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°

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGES

CERTIFICAT N°

18907371



تأمين الوفاء
Wafa Assurance



تأمين التوفيق
Wafa Assurance

10072499

SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 00008373600004
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

TESTEUR CRYSTAL
4, Rue Caporal Corbi
Casablanca. Tél.: 05 22 67 93 00

Chet de l'employeur

du contrat :

affiliation :

Matricule Sté : 34311

n et prénom de l'assuré : EL KHALFI FATHIWA

e de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

al des frais engagés :

2400, - D

Chet du médecin :

e de la consultation :

n et prénom du malade : EL KHALFI FATHIWA Âge

n de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

ure de la maladie :

Arthrose fémoro-patellaire

s 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

Vin Hilton

03 DEC

AB

URGENCES 4411/2411

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

Balance 19

10/02/2020

CE 00189149300092
Tél : 0523 32 30 62
Bd. Hassan II, Residence Waliid C
Kinesitherapie - Centre de Réadaptation
ASMAA AGUENAOU

| | Date | Heure | Jour | Date | Heure |
|----|----------|-------|---|----------|-------|
| 11 | 16/02/20 | 16:00 | Lundi | 31/01/20 | 01:00 |
| 12 | 16/02/20 | 08:00 | Mardi | 04/02/20 | 08:00 |
| 13 | 16/02/20 | 06:00 | Mercredi | 06/02/20 | 08:00 |
| 14 | 16/02/20 | 08:00 | Jeudi | 08/02/20 | 08:00 |
| 15 | 16/02/20 | 08:00 | Vendredi | 10/02/20 | 08:00 |
| 16 | | | Samedi | | |
| 17 | | | Dimanche | | |
| 18 | | | ASMAA AGUENAOU | | |
| 19 | | | Kinesitherapie - Centre de Réadaptation | | |
| 20 | | | Bd. Hassan II, Residence Waliid C | | |

| | | | | |
|----|---------|----|----|-------|
| 10 | Wendell | 28 | 01 | 16:00 |
| 9 | Wendell | 24 | 01 | 16:00 |
| 8 | Wendell | 21 | 01 | 16:00 |
| 7 | Wendell | 17 | 01 | 16:00 |
| 6 | Wendell | 14 | 01 | 16:00 |
| 5 | Wendell | 10 | 01 | 16:00 |
| 4 | Trudel | 07 | 01 | 16:00 |
| 3 | Wendell | 03 | 01 | 16:00 |
| 2 | Trudel | 30 | 12 | 16:00 |
| 1 | Trudel | 26 | 12 | 16:00 |



**Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : AFF : / -

NOM DE L'ASSURE : LESIEUR
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 18346320

/ 752932/
/ 73734

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 specialiste | 300.00 | | 300.00 | | 85% | 255.00 |
| 15 | Pharmacie | 456.00 | | 456.00 | | 85% | 387.60 |
| TOTAUX | | 756.00 | | 756.00 | | | 642.60 |
| OBSERVATIONS : | | | | | | | |

*voir clause « Protection des données personnelles »au verso

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

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



**Décompte de Remboursement
Maladie-Maternité**

CONTRACTANTE : AFF : / -

NOM DE L'ASSURE : LESIEUR
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 18848816

/ 734403/
/ 72499

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 | Kinesitherapie | 2400.00 | | 1800.00 | | 85% | 1530.00 |
| TOTAUX | | 2400.00 | | 1800.00 | | | 1530.00 |
| OBSERVATIONS : | | | | | | | |

*voir clause « Protection des données personnelles »au verso

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